

Trabajo Fin de Máster

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

PROGRAMA TRANSDIAGNÓSTICO DE INTERVENCIÓN EN REGULACIÓN EMOCIONAL PARA PACIENTES CON TRASTORNOS EMOCIONALES EN ATENCIÓN PRIMARIA

Presentado por: D^a ISABEL ROCA SICILIA

Tutor/a académico/a: Dr. D. IVÁN BLANCO MARTÍNEZ

Alcalá de Henares, 12 de marzo de 2021

Contenido

Resumen	1
Palabras clave	1
Abstract	2
Key words	2
1. Introducción y justificación	3
2. Objetivos e hipótesis.....	4
3. Marco teórico.....	5
3.1. La regulación emocional dentro de la perspectiva transdiagnóstica	5
3.2. El papel de las emociones.....	7
3.3. Modelos generales	8
3.4. Intervención transdiagnóstica	11
3.5 Técnicas y constructos relacionados para abordar la regulación emocional	12
3.6 Estudios realizados en el ámbito de la regulación emocional	16
3.7 Propuesta de intervención	23
3.8 Método de búsqueda de información.....	24
4. Propuesta de intervención	25
4.1 Presentación de la propuesta	25
4.2 Objetivos concretos que persigue la propuesta	25
4.3 Contexto en el que se aplica o podría aplicarse la propuesta	26
4.4 Metodología y recursos	26
4.5 Sesiones	28
4.5.1 Justificación y descripción de las sesiones:.....	28
4.5.2. Sesión 1: Comprensión de emociones y atención plena	30
4.5.3 Sesión 2: Atención emocional	31
4.5.4 Sesión 3: Etiquetado emocional.....	32
4.5.5 Sesión 4: Análisis emocional.....	34
4.5.6 Sesión 5: Modulación emocional.....	36

4.5.7 Sesión 6: Estrategias de regulación	37
4.5.8 Sesión 7: Aceptación emocional y activación conductual.....	39
4.5.9 Sesión 8: Factores protectores.....	39
4.6 Cronograma de aplicación	41
4.7 Evaluación de la propuesta	42
5. Conclusiones	44
6. Referencias	47
7. Anexos	61
7.1 Anexo I: Sesión 1	61
7.2 Anexo II: Atención emocional	62
7.3 Anexo III: Atención emocional II	63
7.4 Anexo IV: Etiquetado emocional	64
7.5 Anexo V: Proceso de análisis emocional	65
7.6 Anexo VI: Experimento conductual	66
7.7 Anexo VII: Estrategias específicas de regulación	67
7.8 Anexo VIII: Situaciones de aproximación.....	68
7.9 Anexo IX: Claves para trabajar la claridad mental	69
7.10 Anexo X: Cómo cultivar la resiliencia	70

Resumen

En las últimas décadas, los estudios acerca de la regulación emocional se han incrementado debido a las novedosas investigaciones que han hallado su influencia en el desarrollo de trastornos emocionales en las sociedades del primer mundo. Al mismo tiempo, se ha empezado a incluir el concepto de intervención sobre los trastornos de una manera transdiagnóstica, es decir, analizando cuales son los procesos cognitivos, conductuales y emocionales comunes a este tipo de desórdenes emocionales. Basada en las revisiones actuales de tratamientos para la regulación emocional, nuestro principal objetivo es ofrecer un programa de intervención que unifique la terapia cognitivo-conductual con terapias de tercera generación, dirigida a pacientes con trastornos del estado del ánimo, trastornos ansiosos y adaptativos, y somatizaciones, en la edad adulta, que son atendidos en su centro de Atención Primaria. La intervención se plantea en formato grupal, tanto en vivo como de forma telemática. Diversas escalas y cuestionarios se usarán tanto para evaluar constructos como la atención emocional, aceptación, modulación y reconocimiento emocional, afecto, estrategias adaptativas y desadaptativas, factores de protección y resiliencia antes y después de la intervención para, así, poder evaluar la eficacia de la misma.

Palabras clave

Intervención Transdiagnóstica. Regulación Emocional. Intervención psicológica.
Trastornos emocionales. Centros de Atención Primaria.

Abstract

In the last decade, the studies about emotional regulation have increased due to novel researches that have found its influence on the rapid development of emotional disorders in first world societies. At the same time, it started to include systematically the conception of the intervention of disorders in a transdiagnostic way, that is, to find the processes cognitive, behavioral and emotional strategies common to this type of emotional disorders. Based on a review of current treatments of emotional regulation, our main work is to offer an intervention program that unites Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and third generation therapies, aimed at patients with mood disorders, anxious, adaptative disorders and somatized, of legal age, who attend their primary care center. It will be done under a group format, live and telematically. Several scales and questionnaires are used to have pre- and post- intervention measures to measure emotional attention, emotional acceptance and recognition, emotional labeling and modulation, adaptive and maladaptive strategies, protective factors and resilience.

Key words

Transdiagnostic Intervention. Emotional Regulation, Psychological Intervention. Emotional Disorder. Primary Care Center.

1. Introducción y justificación

Las emociones tienen un papel esencial en los procesos adaptativos y desadaptativos de las personas, ya que influyen en cómo nos sentimos, nos expresamos, nos comportamos y qué pensamos. A menudo, muchas de las dificultades que presentan las personas se engloban en problemas de autorregulación emocional, ya que, independientemente de la situación, cada experiencia que vivimos los seres humanos está impregnada de emoción que nos lleva a comportarnos y a interpretarlas de diversas formas.

En este sentido, los desórdenes emocionales (trastornos del estado del ánimo, trastornos de ansiedad y adaptativos y las somatizaciones) serían una consecuencia de una regulación emocional disfuncional, entendiéndose la regulación como el conjunto de estrategias que utilizamos todas las personas para modificar las experiencias emocionales que autoexperimentamos.

Por esto, en los últimos años se está considerando la regulación emocional como uno de los constructos transdiagnósticos más relevantes de los trastornos emocionales. Con este enfoque, la terapia transdiagnóstica se dirige a explicar y trabajar con aquellos procesos y estrategias cognitivas y emocionales comunes presentes en los desórdenes emocionales y que perpetúan y mantienen el malestar y el deterioro en todos los aspectos de la vida de los pacientes.

Por todas estas razones, este programa que se presenta intenta dar un paso más hacia delante, considerando la regulación emocional como uno de los factores predominantes transdiagnósticos, incluyendo todos aquellos aspectos emocionales que investigaciones previas han observado que influyen en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos emocionales. A través de este programa de ocho sesiones, se pretende que una vez acabado el programa, los pacientes tengan habilidades y conocimientos acerca de sus propias emociones, lo que sabemos que generará un mayor autoconocimiento de nuestro mundo emocional y disminuir, así,

conflictos interpersonales y una mejor adaptación al ambiente por parte de los pacientes.

2. Objetivos e hipótesis

El objetivo general es llevar a cabo un programa de corriente mixta entre tercera generación y TCC, con el fin de evaluar la eficacia de la intervención transdiagnóstica en regulación emocional en atención primaria en personas con desórdenes emocionales (trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos adaptativos y somatizaciones), según la clasificación del DSM-V.

Dentro de los objetivos específicos del plan de intervención, se establece:

- a) Desarrollar las habilidades de reconocimiento, comprensión, aceptación, etiquetado, expresión y regulación de las emociones.
- b) Reducir los desajustes emocionales y la sintomatología asociada a los trastornos.
- c) Aprender a utilizar las emociones como parte del proceso cognitivo y a una gestión adaptativa y satisfactoria.
- d) Permitir una mejor adaptación del paciente en su contexto y consigo mismo.
- e) Reconocer y reforzar las variables protectoras y las fortalezas del paciente.
- f) Identificar las técnicas más eficaces para intervenir y mejorar en la regulación emocional de los pacientes con distintas patologías clínicas.
- g) Identificar las estrategias cognitivas y conductuales disfuncionales que mantienen el problema, y el cambio a otras adaptativas.
- h) Evaluar la influencia del trabajo de la resiliencia en el proceso de RE y enseñar a trabajarla en el proceso de intervención.
- i) Valorar los efectos en el seguimiento y en la reducción de recaídas

- j) Trabajar los sesgos atencionales de los pacientes y regular su intensidad emocional
- k) Identificar y modificar las metacreencias negativas y emocionales que sostienen las valoraciones desajustadas sobre nuestros pensamientos y emociones
- l) Identificar el tipo de valoraciones que hacemos de las situaciones, de nuestros pensamientos o de nuestras emociones

3. Marco teórico

3.1. La regulación emocional dentro de la perspectiva transdiagnóstica

En los últimos años, el abordaje de los diferentes desórdenes emocionales (trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, adaptativos y somatizaciones) se centra en un nuevo enfoque, el transdiagnóstico, que persigue unificar todos los protocolos en uno solo. La perspectiva transdiagnóstica nació como un intento por conceptualizar la disfunción a partir del estudio de los procesos básicos que subyacen a los trastornos mentales, como la atención, la emoción, el razonamiento o la memoria (Harvey *et al.*, 2004; Kring y Sloan, 2010; Taylor y Clark, 2009). Los resultados empíricos de este enfoque demuestran que estos procesos disfuncionales (sesgos atencionales, sobregeneralización de su historia personal, sobre uso de la rumiación, preocupación de eventos futuros), actúan como desencadenantes y mantenedores de la aparición de síntomas que forman parte de categorías diagnósticas (Aldao *et al.*, 2010 y Webb *et al.*, 2012). En ese sentido, estos procesos serían transdiagnósticos a los trastornos emocionales (Gutiérrez *et al.*, 2015).

La perspectiva transdiagnóstica busca ser una alternativa a aquellos pacientes con distintos problemas emocionales que presentan alta comorbilidad (Kessler *et al.*, 2005) o cuyo diagnóstico no se atribuye a ningún trastorno emocional específico (McEvoy *et al.*, 2009; Sauer-Zavala *et al.*, 2017). A tal efecto, los tratamientos serán

más eficientes cuando se focalicen en los mecanismos subyacentes de los trastornos, conduciendo a una mejoría clínica (Sauez-Zavala *et al.*, 2017). Además, ya que puede implementarse en grupos heterogéneos (Gutiérrez *et al.*, 2015), permite trabajar eficazmente en centros como los de Atención Primaria (AP), donde los recursos económicos y personales no están siempre disponibles (Cano-Vindel, 2011), reduciendo a su vez la carga de trabajo del terapeuta (McHugh *et al.*, 2009).

Para Barlow, el padre del modelo transdiagnóstico, hay personas que son vulnerables biológica y psicológicamente a que las emociones se conviertan en foco de distimia, de malestar y de ansiedad, volviéndose incontrolables y amenazantes, generando un afrontamiento inadecuado que desemboca en la perpetuación del malestar, lo que Beck y Haigh (2014) definen como “*procesamiento de información defectuoso*”.

La Regulación Emocional (RE), se ha convertido en uno de los constructos psicológicos más estudiados en el campo de la psicología clínica, planteándose como uno de los factores predominantes transdiagnósticos. En numerosas ocasiones, el desorden emocional (DE) se desarrolla a raíz de reacciones emocionales normales en las que se comienzan a cometer ciertos errores en el procesamiento de la información emocional que dan lugar a los síntomas de un determinado trastorno (Fernández-Álvarez *et al.*, 2018; Brown y Barlow, 2009).

Para James Gross, el padre de la regulación emocional (1999, como se citó en Hervás, 2011), la define como “aquellos procesos por los cuales las personas ejercemos una influencia sobre las emociones que tenemos, sobre cuándo las tenemos y sobre cómo las experimentamos y las expresamos”. En este sentido, se afirma que las personas usamos una serie de conductas o estrategias para hacer frente a las demandas de la vida y que da como resultado cambios en la dinámica, duración y ocurrencia de la emoción, y a su vez, cambios en las consecuencias

emocionales. La meta de la RE es usar las emociones en nuestra vida de forma flexible e inteligente (Hoffman, 2014; Kobylinska y Kusev, 2019), y controlar su influencia cuando no se desea.

3.2. El papel de las emociones

Las teorías de la emoción han enfatizado su valor adaptativo (Lazarus, 1991), ya que ajustan el estilo cognitivo a las situaciones, facilitando la toma de decisiones y preparando al individuo para responder conductualmente a las demandas del entorno (Gross, 1999, 2014, 2015). Apoyan el bienestar psicológico (Aldao *et al.*, 2010) y permiten la flexibilización de patrones complejos de comportamiento social (Hervás, 2011). Para Wadlinger e Isaacowitz (2011), las emociones positivas facilitan la recuperación psicológica y fisiológica de experiencias emocionales negativas.

Tras un suceso con implicaciones emocionales, se activaría automáticamente la necesidad de procesar emocionalmente la experiencia (Hervás y Vázquez, 2006), es decir, disminuir las emociones más o menos intensas para que otros comportamientos o experiencias puedan aparecer sin interferencias (Rachman, 1980). Partiendo de esto, las reacciones emocionales decrecerán si hay un proceso activo de elaboración y comprensión emocional. Por ende, para disponer de esta información, necesitamos utilizar estrategias y habilidades emocionales, como la Inteligencia Emocional (IE) para que resulte exitoso. Así, la autorregulación emocional parece ser un mecanismo que permite afrontar mejor las demandas ambientales (Jarymowicz y Imbir, 2015).

En ocasiones, emociones como son la tristeza, la ira o el miedo se descontrolan de forma que exceden las expectativas del individuo (Hervás, 2011), reaccionando de forma refractaria a los intentos por controlarlas, generando círculos viciosos de difícil resolución que afectan al funcionamiento social y psicológico del individuo. Mennin y colaboradores (2004) desarrollaron un modelo de desregulación emocional, con el fin de explicar los problemas de ansiedad y del estado de ánimo. Este modelo plantea que la disrupción de la emoción y su desregulación se ve

reflejada en la alta intensidad de las emociones, su pobre comprensión, reaccionar negativamente al propio estado emocional y respuestas de manejo emocionalmente inadecuadas.

3.3. Modelos generales

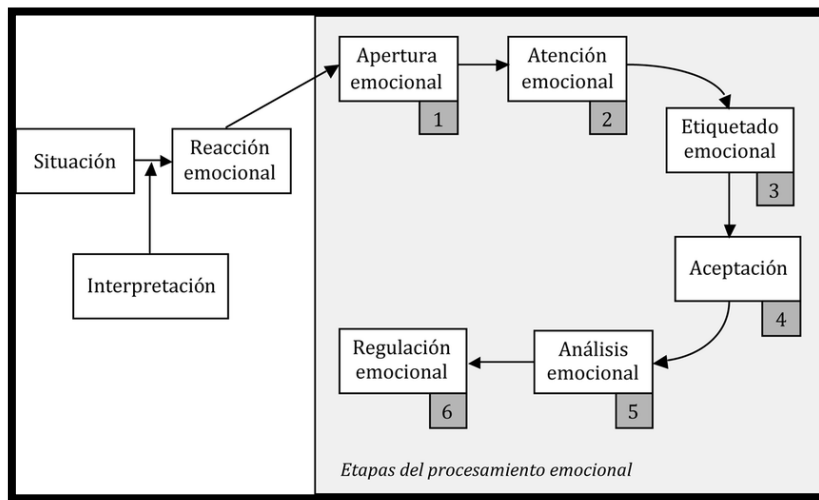
Dentro de los modelos generales de RE, describiremos alguno de los más utilizados y relevantes en la investigación sobre RE, así como aquellos que vamos a utilizar para enseñar a los pacientes cómo es el proceso de regulación emocional y de déficit.

En primer lugar, el Modelo de Regulación Emocional de Gross, describe cinco familias relacionadas con la dinámica del proceso emocional (Ochsner y Gross, 2018, 2014). Aunque el modelo de Gross es un referente en el estudio del campo, otros autores han ido aportando reelaboraciones desde una perspectiva más dinámica, comprendiendo la RE como una interacción entre la generación de la emoción y el proceso de regulación.

Según el Modelo de procesamiento emocional de la RE de Hervás y Vázquez (2006), reflejado en la Figura 1, la capacidad del individuo para acceder a sus emociones (apertura emocional) da lugar a una tendencia a atender a esa información emocional (atención emocional) y poder nombrarla y describirla (etiquetado emocional), sin realizar un juicio negativo ante la existencia de esa emoción, si no aceptando que aparezca y reconociéndola (aceptación emocional). Esta aceptación otorga a la persona una capacidad para reflexionar y entender el significado y la implicación de sus emociones (análisis emocional) y la capacidad para modular sus respuestas emocionales a través del uso de estrategias cognitivas, emocionales y/o conductuales, según la situación (Gratz y Roemer, 2004, Treynor *et al.*, 2003, Salovey *et al.*, 1995).

Figura 1

Modelo de procesamiento emocional



Nota. Adaptado de “Psicopatología de la Regulación Emocional: El papel de los déficits emocionales en los trastornos clínicos” (p. 352), por G.Hervás, 2011, *Behavioral Psychology*, 19 (2).

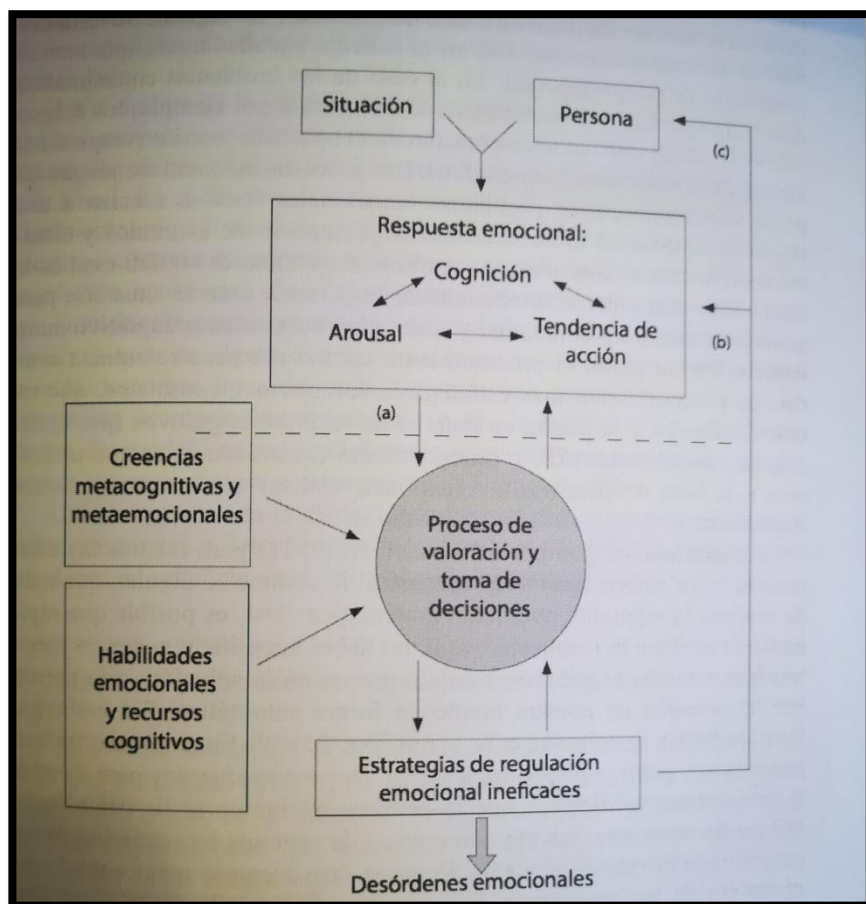
Como observamos en la Figura 2 del Modelo general de los desórdenes emocionales de Gutiérrez *et al.*, (2015), la interacción entre las características de la persona y la situación, genera de manera automática una interpretación de la misma, generando una respuesta emocional automática basada en alta activación fisiológica, cognición y tendencia a la acción (afrentamiento o evitación). Una vez se ha activado este proceso, que las respuestas emocionales se prolonguen, intensifiquen o se reduzcan depende del proceso que las personas utilicen y qué estrategias pongan en marcha.

De esta forma, el proceso de valoración de la situación y la toma de decisiones se ve influenciado por las creencias metacognitivas y metaemocionales (Wells, 2009), y aquellas habilidades emocionales que la persona tiene dentro de su repertorio habitual. Según el modelo metacognitivo, una persona puede decidir usar como

estrategia la rumiación y mantenerla con el tiempo si considera que hacerlo es útil para ella (*creencia metacognitiva positiva*). Sin embargo, si después de un proceso prolongado de rumiación, piensa que está perdiendo el control y que es peligroso continuar así, se sentirá peor (*creencia metacognitiva negativa*). Una vez finalizan estos dos procesos se ponen en marcha estrategias específicas de RE.

Figura 2

Modelo general de los desórdenes emocionales.



Nota. Adaptado de *Tratamiento Transdiagnóstico de los desórdenes emocionales* (p. 49) por A. Estévez-Gutiérrez, J. Ramos-Cejudo y J.M. Salguero-Noguera, 2015, Editorial Síntesis.

3.4. Intervención transdiagnóstica

Dentro de las intervenciones transdiagnósticas dirigidas explícitamente a mecanismos compartidos implicados en el desarrollo y mantenimiento de ciertas clases de psicopatología, mencionamos estas escuelas psicológicas de las cuales se va a basar esta propuesta de intervención.

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) está basada en principios terapéuticos con una potente evidencia científica detrás, cuyo objetivo es desentrañar las distorsiones cognitivas y generar alternativas adaptativas para la vida del paciente (Beck, 1976). Dentro de esta corriente se concibe la RE como fundamental para el funcionamiento de los individuos en distintos contextos. Otra de las escuelas sólidas es la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, Hayes *et al.*, 1999). Según Hayes, *“ACT busca ser un modelo unificado del cambio de comportamiento aplicable a todos los seres humanos en general, independiente de que se ajusten a ciertos criterios diagnósticos”* (Hayes *et al.*, 2012, p. 978). Basada en la teoría de los marcos relacionales, esencialmente busca promover la aceptación de los eventos privados en oposición a modificarlos o cambiarlos, para promover la flexibilidad psicológica (Coletti y Teti, 2015).

En el caso del Mindfulness o Atención plena, pretende cultivar una conciencia no-crítica, centrada en el presente de las experiencias internas y externas (Sauer-Zavala *et al.*, 2017). Se puede definir como *“infinitas oportunidades para desarrollar los propios recursos personales para aprender, crecer, sanar y transformar potencialmente la comprensión de uno mismo y poder vivir más sabiamente, con mayor bienestar, significado y felicidad”* (Kabat-Zinn, 2011, página 4).

En la última década, han surgido protocolos de tratamiento (Norton, 2012) como el de Barlow y colaboradores en 2011 diseñaron el Protocolo de Tratamiento Transdiagnóstico para abordar los trastornos emocionales (UP), basado en la TCC de

la emoción para tratar DE enfatizando el rol de la RE. Se enfoca en cuatro aspectos esenciales que proponen la disminución del afecto negativo: evitación emocional, promover la flexibilidad cognitiva y facilitar la exposición a situaciones evitadas y a sensaciones evitadas.

3.5 Técnicas y constructos relacionados para abordar la regulación emocional

Teniendo en cuenta la investigación teórica y experimental revisada, entendemos que la disfunción psicológica se puede caracterizar por déficits en la flexibilidad del uso de estrategias regulatorias (Rottenberg y Cowden-Hindash, 2015; Bonanno y Burton, 2013). De esta manera, se entiende la regulación flexible de las emociones como la capacidad de modular las emociones de forma eficaz aplicando diferentes estrategias, elegidas de un amplio repertorio, en diferentes situaciones en función de las características de la misma y de las propias de la personalidad (Fernández-Álvarez *et al.*, 2018). La expresión de flexibilidad se asocia como un componente principal de salud y de ajuste general (Kashdan y Rottenberg, 2010).

Gross y colaboradores (Gross, 2008, 2014; John y Gross, 2004; Mauss *et al.*, 2004) diferenciaron dos estrategias emocionales: la reevaluación cognitiva (centrada en modificar el significado emocional y el impacto de una situación que provoca emoción) y la supresión excesiva (estrategia centrada en modular la respuesta e inhibir la expresión emocional). La reevaluación se correlaciona positivamente con el bienestar y negativamente con síntomas de psicopatología (Aldao *et al.*, 2010) y las personas que han utilizado esta estrategia han experimentado más emociones positivas que negativas y han consumido menos recursos (John y Gross, 2004).

En el dominio de la psicopatología, Aldao y Nolen-Hoeksema (2012) mostraron que estrategias como la supresión o la rumia están fuertemente asociadas con el

desarrollo y el mantenimiento de trastornos emocionales (Sauer-Zavala y Barlow, 2014) sobre todo en población clínica (Bloch *et al.*, 2010). La rumia como estrategia para hacer frente a emociones negativas, conlleva un aumento de los niveles de afecto negativo, seguido de más rumiación. Hasta que el paciente busca formas conductuales de aliviar el dolor (autolesión, abuso de sustancias, atracones, etc.). Pese a todo esto, los pacientes tienden a elegir a corto plazo la distracción y la rumiación como estrategia de afrontamiento (Lyubomirsky y Nolen-Hoeksema, 1995). La distracción es un componente que puede afectar a los procesos de la memoria y que se ha demostrado que provoca una activación fisiológica menos simpática y con menor agotamiento mental (Sheppes y Meiran, 2009) lo que da lugar a que sea de las estrategias más utilizadas ya que generan menor agotamiento cognitivo.

Las dificultades en RE se asocian con factores de riesgo como el insomnio y la ansiedad, la evitación emocional, la sintomatología ansiosa, el estrés, síntomas postraumáticos o el abuso de sustancias (Kirwan *et al.*, 2017; Bardeen *et al.*, 2014; Extremera y Rey, 2015; Tull *et al.*, 2015; Abravanel y Sinha, 2015). Las personas con DE suelen presentar un perfil de alta atención emocional, baja claridad emocional y creencia de imposibilidad de cambiar su estado emocional (Ramos y Salcido, 2017) por lo que tenderán a acceder a estrategias poco efectivas asociadas a evitación experiencial. Es menos probable que toleren emociones negativas y que busquen evitar o escapar de la situación y de la emoción (Bardeen *et al.*, 2015).

Otro de los constructos presentes en la desregulación emocional es el despliegue atencional (Attentional deployment, AD), que hace referencia a una estrategia antecedente de la emoción donde distintos procesos atencionales son reclutados para dar forma a la experiencia afectiva (Wadlinger e Isaacowitz, 2011). Implica atender selectivamente a ciertos aspectos de las situaciones, pudiendo ser considerada como una estrategia reguladora en sí misma. Por ejemplo, para reevaluar

una situación negativa, la atención debe desconectarse de ella y reorientarla hacia la creación de una interpretación cognitiva distinta.

En relación con los sesgos atencionales en el procesamiento de información emocional, autores como Beck (1967) o Ingram, Miranda y Segal (1998) enfatizan que son un factor favorecedor de la aparición y mantenimiento de la depresión. Para observar la influencia de la atención en las respuestas emocionales, MacLeod y colaboradores (2002) entrenaron a un grupo de participantes a atender selectivamente a estímulos negativos, mientras que a otro grupo a evitar atender a estos. Tras esto, los enfrentaron a una situación estresante, encontrándose que la respuesta emocional ante el estrés fue peor para el grupo que focalizaba su atención en la información negativa, que para el grupo evitativo. Una mayor predilección por la información positiva se asocia con una mejor respuesta de regulación emocional (Wadlinger e Isaacowitz, 2008).

El afecto es otro constructo importante en relación a la RE, ya que las personas con DE muestran niveles más altos de afecto negativo, viven las emociones negativas mucho más intensamente y con mayor frecuencia, aceptando en menor medida experiencias emocionales (Brown y Barlow, 2009; Campbell-Sills, *et al.*, 2006).

Sin embargo, la mayoría de protocolos transdiagnósticos se han focalizado sobre todo en la reducción del afecto negativo, en lugar de promover el afecto positivo y los factores de protección de los pacientes. Cuando hablamos de salud mental no nos referimos solo a la ausencia de enfermedades, si no al bienestar y al funcionamiento adaptativo y positivo (World Health Organization [WHO], 2004). Díaz-García y colaboradores (2017) señalan que el uso de procedimientos para promover la resiliencia puede ser útil en el tratamiento de DE y en la generación de factores de protección, encontrando beneficios en la reducción de síntomas psicológicos y de desórdenes emocionales (Wood y Joseph, 2010). Por ello, vamos a terminar esta

sección describiendo la Inteligencia Emocional (IE) y la resiliencia como mecanismos protectores para el logro del bienestar subjetivo.

Por un lado, la IE es una capacidad que permite identificar, expresar, comprender y manejar las propias emociones y las de los demás (Nelis y colaboradores, 2011) y ser eficaces en la vida (Goleman, 1996). Por otro, la resiliencia es un mecanismo autoprotector, un afrontamiento activo basado en enfatizar las potencialidades y los recursos personales para amortiguar los efectos adversos en situaciones difíciles y salir fortalecido (Bonanno, 2004). Desde la perspectiva psicopatológica evolutiva (Luthar, 2006) se han descrito características de la resiliencia, entre las que encontramos un mayor control sobre lo que ocurre en el entorno, alta autoestima y autoeficacia, búsqueda de apoyo social, optimismo, buena gestión de la propia autonomía, motivación e interés por las cosas y un afrontamiento adecuado de los problemas.

La relación entre la IE y la resiliencia, radica en que los eventos estresantes tienen un importante contenido emocional, lo que lleva a que las personas necesitamos tener la capacidad para regular las emociones, siendo este un factor determinante de la resiliencia (Troy y Mauss, 2011).

Como hemos visto, pese a que el conocimiento de estrategias emocionales eficaces está en desarrollo, tenemos un arsenal de herramientas terapéuticas que parte de la máxima de que determinadas estrategias son adaptativas o desadaptativas según la demanda, el contexto y/o personalidad del individuo.

3.6 Estudios realizados en el ámbito de la regulación emocional

A lo largo de la investigación en este campo clínico, se han realizado múltiples estudios empíricos, meta análisis, investigación aplicada, cualitativa, entre otras, sobre los diferentes procesos involucrados e influyentes en la RE, programas de intervención como el actual realizado en muchas partes del mundo para pacientes con trastornos emocionales. Debido a la gran variedad de estudios, se presenta una reducida selección de programas y estudios a nivel mundial y en nuestro país, así como protocolos y meta análisis más relacionados con esta propuesta de intervención, descritos brevemente, con el objetivo de evaluar los constructos estudiados y aquellas limitaciones que han presentado para el abordaje terapéutico.

Programas a nivel mundial	Características	Modelo de Atención colaborativa	Características
Improving Access to psychological therapies (IAPT) <i>Reino Unido, 7 años de duración (2008). (Clark et al., 2009).</i>	El objetivo era facilitar el acceso al tratamiento psicológico en el sistema sanitario. Se utilizó la TCC de baja intensidad, formato digital y por teléfono a pacientes con trastornos ansiosos y depresivos leves y moderados. Recuperación del 76% en depresión y 74% en ansiedad.	Coordinated Anxiety Learning and Management (CALM) <i>EE.UU. (siguiendo la línea del IAPT)</i>	Para T. Ansiedad en AP. Uso de TCC. Los resultados mostraron que los pacientes tratados mostraron mejoría en síntomas ansiosos y depresivos y mejora de calidad de vida en los 18 meses tras el tratamiento.

STEPS

(South East Glasgow Community Health and care Partnership).

Escocia desde 2004. *White (2008)*

Formado por 5 equipos de AP de salud mental dirigidos por un psicólogo clínico TCC. Sólo el 40% acabó el tratamiento. Poca evidencia sobre la eficacia, ya que en muchos casos la terapia individual no ha sido adecuada. Poca cantidad de pacientes en algunos talleres.

Estudio a nivel mundial	Características	Fortalezas	Debilidades
Attention control as a moderator of the relationship between difficulties accessing effective emotion regulation strategies and distress tolerance. <i>(Bardeen et al, 2014).</i>	El objetivo era examinar si el control atencional es un moderador de la relación entre la dificultad de acceder a estrategias de RE efectivas y la intolerancia a la angustia. 99 adultos, edad media de 23,7 años	Se ha evidenciado que el control atencional y el uso de estrategias eficaces de RE pueden ser un factor protector contra la intolerancia al malestar y proporcional a la hora de acceder a estrategias efectivas.	Reducido número de participantes, los índices de intolerancia al malestar no han sido suficientemente significativos. Requiere estudios longitudinales.
Estudios y programas de tratamiento en España	Características	Fortalezas	Debilidades
PsiCap <i>Antonio Cano Vindel y colaboradores en Atención primaria (2017), llevado a cabo en 9 CC.AA.</i>	Ensayo clínico aleatorizado de dos grupos, uno con TCC enfoque transdiagnóstico grupal + TIC, y otro grupo control de tratamiento convencional. Pacientes con ansiedad, depresión y somatizaciones leves y moderadas.	Número elevado de participantes (1176), con seguimiento. Los resultados muestran que mejoró la calidad de vida del paciente, disminuyó el consumo de fármacos, aumentó recuperación y disminuyeron recaídas.	Técnicas únicamente cognitivo-conductuales, sin incluir la ACT (aceptación) ni factores protectores que ha demostrado su validez.

Investigación prospectiva de desregulación emocional como moderador en la relación de TEPT-abuso de sustancias <i>(Tull et al, 2015)</i>	<p>Este estudio pretendía predecir la severidad del abuso de sustancias en 155 mujeres jóvenes tras la exposición a un evento traumático (133 de ellas), moderado por falta de RE.</p>	<p>Relación entre TEPT y abuso de sustancias cuando había desregulación emocional previa al evento. La combinación TEPT-desregulación se manteniendo síntomas TEPT, de abuso de sustancias y de desregulación emocional.</p>	<p>Se desconocen los mecanismos que potencialmente están manteniendo síntomas de abuso de sustancias y de desregulación emocional.</p>
Emotion dysregulation mediates the relationship between lifetime cumulative adversity and depressive symptomatology. <i>Abravanel y Sinha, 2015.</i>	<p>Examinar efectos directos e indirectos de la adversidad acumulada en sintomatología depresiva en 638 adultos sin depresión y 107 con trastornos depresivos remitidos en riesgo. Entre 18 y 50 años.</p>	<p>La adversidad acumulada fue significativamente predictiva al hipotetizar la desregulación emocional. La repetición a la exposición de eventos estresantes es un potencial del malestar emocional y físico y un riesgo mayor de depresión.</p>	<p>Debido al ser un estudio transversal, es importante determinar la naturaleza de la relación entre adversidad acumulada, desregulación y depresión. Es difícil la generalización intercultural.</p>

Protocolos	Características	Fortalezas	Debilidades
Efficacy of a Transdiagnostic internet-based treatment for emotional disorders with a specific component to address positive affect. <i>(Díaz-García et al, 2017)</i>	Tratamiento online para pacientes con diferentes trastornos emocionales. Se realizaron dos tipos de tratamiento: protocolo transdiagnóstico basado en internet y otro que incluye lo anterior añadiendo la intervención en afecto positivo.	Adaptación del programa en internet. El programa incluye componentes de la RE como emoción focalizada en el presente, aceptación o flexibilidad cognitiva.	No se han encontrado diferencias en la aplicación de ambas terapias, bajo rango de recuperación de lo esperado (30%) y poca población.
Effectiveness of a Transdiagnostic Guided Internet-Delivered Protocol for Emotional Disorders Versus Treatment as Usual in Specialized Care <i>(González et al, 2020)</i>	Analizar la influencia de la eficacia de un protocolo de intervención transdiagnóstico en RE para pacientes atendidos en servicios públicos de salud mental. Constó de 214 participantes. Seguimiento de 3 meses.	Los resultados mostraron la superioridad del tratamiento en RE sobre el tratamiento usual en medidas de depresión, de ansiedad y calidad de vida.	El 35% de los participante del tratamiento en RE abandonaron y 31% en el usual. Bajo poder estadístico para detectar diferencias entre las medidas. No hubo un control sobre la influencia de la farmacoterapia.

Adaptación grupal del Protocolo Unificado (UP)	Primer Ensayo clínico aleatorizado y controlado que prueba la eficacia de una intervención transdiagnóstica sobre pacientes con trastornos ansiosos, depresivos, comórbidos y adaptativos. 12 sesiones de 2 horas cada una. Formación inicial a psicólogos	Durante el ensayo se trabajaron aspectos clave de la RE como funcionalidad de las emociones, análisis y reconocimiento emocional y resultados en la mejora de la tolerancia a las sensaciones físicas.	Pocos participantes (200). Debido a que incluye diversos tipos de intervención, es difícil comprobar quién ha sido responsable de los resultados en la mejora de los pacientes.
---	--	--	---

Metaanálisis en España	Características	Resultados	Limitaciones
Acceptance and commitment therapy versus traditional behavioral therapy: a systematic review and meta-analysis	Análisis de estudios comparativos entre ACT y TCC a través de búsquedas en bases de datos bibliográficas, referencias de artículos que cumplieran	El análisis cualitativo reveló que ACT parecía superar al TCC en 11 estudios y en medidas generales del uso de técnicas cognitivas, y al revés en 2 estudios. Pese a que no existen diferencias en los resultados de depresión ni de ansiedad, hay una	En la mayoría de estudios hay pocos participantes, la mayor parte de las investigaciones se llevan a cabo por investigadores interesados en ACT, por lo que es necesario mayor implicación

of current empirical evidence.	criterios de inclusión, metaanálisis de ACT y para los procesos de cambio y de mejoras estudios no publicados. En total se hallaron 16 trabajos que analizan los procesos de cambio por documentos. Se analizó caminos similares. Para también en pacientes comórbidos, según el trastorno principal la comórbidos (depresión + ansiedad).	tendencia positiva de ACT en depresión de investigadores de TCC. El metaanálisis presenta pocos estudios. Presentan mayor eficacia TCC específica que general.
Metaanálisis sobre la eficacia de TCBT (terapia transdiagnóstica cognitivo-conductual) para trastornos de ansiedad.	Enfoque transdiagnóstico de la TCC en Trastornos de ansiedad. Se compara la TCBT con lista de espera, tratamiento habitual y TCC específica. 1900 pacientes.	Muestra amplia de pacientes. Mejores resultados tratamiento TCBT que tratamiento habitual. TCBT y TCC presentan efectos similares. Beneficios mantenidos en el seguimiento.
<i>Reinholdt y Krogh, 2014.</i>		Se requieren más estudios de calidad que muestran que los tratamientos transdiagnósticos ofrecen un tratamiento pragmático y más asequible para los trastornos de ansiedad, comórbidos y otros trastornos.

3.7 Propuesta de intervención

Como describe el Consejo General de Colegios Oficiales de Psicología, la AP soporta más del 50% de la carga asistencial que suponen los Trastornos mentales para el sistema sanitarios, entre los cuales los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y somatizaciones, son las más prevalentes (Tortella-Feliu *et al.*, 2016; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2011). A su vez, todos estos trastornos conllevan una asociación con enfermedades crónicas, insomnio y deterioro significativo en todas las facetas de la vida. Se estima que dos de cada tres pacientes con estos trastornos son tratados por su médico de cabecera con fármacos esencialmente, lo que genera frecuentes recaídas y una cronificación de los síntomas y malestar generalizado.

Tal y como se ha expuesto anteriormente, una adecuada autorregulación genera una mejor calidad de vida y mayor bienestar psicológico. Enseñar a los pacientes el uso flexible de estrategias de RE genera un mejor afrontamiento de los problemas de la vida, un mejor manejo del estrés actual, ayuda a lidiar con los eventos negativos de la vida y aumenta la autoestima y la sensación de autoeficacia. En este sentido, es relevante conocer cuáles son las estrategias de RE más adaptativas según el contexto y las características de los pacientes.

Pese a que muchos son programas multitarget (conceptualizando el abordaje de la RE como un componente más) este programa va dirigido a trabajar únicamente la RE como un componente primordial de los desórdenes emocionales y del empeoramiento de la calidad de vida. Por tanto, tras este análisis teórico de la RE como fenómeno transdiagnóstico a los fenómenos psicológicos, el objetivo de esta propuesta de intervención es llevar a cabo un programa de corriente mixta entre tercera generación y terapia cognitivo-conductual, con el fin de evaluar la eficacia de una intervención transdiagnóstica dirigida a la RE en centros de salud esenciales de

atención primaria, para pacientes diagnosticados con desórdenes emocionales (trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos adaptativos y somatizaciones).

Con este propósito, pretendemos evaluar si el diseño de un programa dirigido específicamente a la mejora de habilidades autoregulatorias emocionales ayuda a reducir los síntomas psicopatológicos, reduce el tiempo de terapia individual y previene recaídas y una mejora en la calidad de vida de forma prolongada en el tiempo.

3.8 Método de búsqueda de información

Por último, se realizó una amplia búsqueda de información en diferentes bases de datos. Las bases de datos fueron: Pubmed, ResearchGate, Psycinfo, Scielo, PsyArticles, Redalyc.org., Google académico y Dialnet. Para encontrar fuentes de información sobre la RE y su relación en trastornos de depresión, de ansiedad y adaptativos, se usaron diferentes patrones de búsqueda, utilizando distintos términos de búsqueda: *regulación emocional, autorregulación, regulation, self-regulation, transdiagnóstica, transdiagnostic, disorder emotional, trastornos emocionales, anxiety, ansiedad, depression, depresión, primary care, atención primaria, moderator, moderador, rumiation, acceptance*. Aquellos motores de búsqueda encontrados que no se usó para la búsqueda fueron: *limit disorder, child, Young, individual therapies*.

Tras esta selección, se realizó un filtrado de información para realizar un marco teórico explicativo acerca de la influencia de la RE en la intervención transdiagnóstica. También se enfatizó la influencia de modelos actuales explicativos de los DE y de aquellos constructos y técnicas empíricamente validadas. En la siguiente sección se han descrito una serie de programas cuyas características, fortalezas y debilidades fueron descritas.

Los criterios básicos que fueron seleccionados para su inclusión en la tabla comparativa eran:

- Que fueran programas de corte grupal llevados a cabo con personas mayores de edad y con personas, como mínimo, con trastornos depresivos y ansiosos.
- Que los programas fueran realizados con la terapia cognitivo-conductual y/o con Terapia de Aceptación y Compromiso.

4. Propuesta de intervención

4.1 Presentación de la propuesta

En relación al tipo de programa que se va a realizar, será una propuesta de intervención transdiagnóstica para Atención Primaria, dirigida a pacientes mayores de edad que acudan al centro de salud con un diagnóstico inscrito dentro de los trastornos ansiosos, del estado del ánimo, adaptativos y somatizaciones.

4.2 Objetivos concretos que persigue la propuesta

El objetivo que persigue este programa es evaluar la eficacia de un programa de corriente mixta entre tercera generación y terapia cognitivo-conductual, dirigido a intervenir transdiagnósticamente en la RE en Atención Primaria en pacientes con desórdenes emocionales (trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos adaptativos y somatizaciones), según la clasificación del DSM-V. Para lograr este objetivo, desarrollaremos en los pacientes habilidades de reconocimiento, etiquetado, comprensión, aceptación, expresión y modulación emocional, identificación de técnicas más eficaces para la autorregulación emocional, reducir desajustes emocionales y permitir una mejor adaptación del paciente en su entorno, valorar los efectos en seguimiento y prevención de recaídas.

4.3 Contexto en el que se aplica o podría aplicarse la propuesta

El programa está planteado para realizarlo de forma tanto presencial como telemática. Para las sesiones presenciales se realizarán en una sala vacía en el centro de salud al que pertenezca cada uno de los participantes. En casos donde a un centro solo acudiera un paciente, se le reasignaría a otro centro cercano donde hubiera mayor cantidad de pacientes. Los participantes serán adultos mayores de 18 años y se asignarán a grupos formados entre 5 y 8 personas en función de las posibilidades sanitarias y logísticas del centro de salud para garantizar la seguridad de los pacientes. En cuanto a los criterios de inclusión, serán añadidos al programa todos aquellos pacientes con un diagnóstico clínico englobado en los trastornos emocionales del DSM-V, ubicando al resto de trastornos en los criterios de exclusión. Así mismo, quedan englobados en los criterios de inclusión los distintos niveles socioculturales y emocionales.

4.4 Metodología y recursos

La metodología que se va a realizar va a ser dinámica y activa, participativa y vivencial, promoviendo la implicación y el trabajo autónomo en los pacientes. La intervención será grupal para reducir listas de espera, tiempos de intervención y coste económico, facilitando el apoyo social y reduciendo el aislamiento en estos pacientes. El seguimiento tendrá una duración de 3, 6 y 12 meses, para comprobar los efectos del programa.

Antes de llevar a cabo el programa, se prestará psicoeducación a los pacientes de en qué va a consistir el programa. Un problema importante en este campo es el de la reactividad descrito por Hervás (2011), el cual implica actitudes de rechazo y control hacia las emociones. Expondremos la idea esencial de que la intervención va dirigida a comprender y manejar la respuesta emocional una vez ocurre, no evitar que ocurra,

así como aprender a reconocer e identificar nuestras emociones, flexibilizarlas, etiquetarlas y aceptarlas, no luchar contra ellas.

Una de las implicaciones novedosas del programa es que cada una de las sesiones se hará de forma presencial y tendrá un formato online para que los pacientes puedan acceder a ella en sus casas y reforzar el aprendizaje de las sesiones, y ante situaciones de indisponibilidad de los pacientes, situaciones de emergencia o pacientes que se encuentran fuera de la ciudad de residencia o para completar la formación.

El programa en versión online se adaptará a una plataforma web multimedia para dispositivos móviles (Tablet) y para ordenador, lo que permite a los individuos acceder a los módulos desde su espacio personal. Se realizará de forma sencilla para que los usuarios con menos experiencia o con más dificultad puedan utilizarlo de forma espontánea. Igualmente, habrá una opción de ayuda en la zona baja-derecha para aquellos que tengan más problemas. El programa recomienda trabajar en un módulo durante una semana. Si no accede a él, el programa envía mensajes (tanto a su móvil como a la web) alentando al paciente a continuar trabajando para su salud mental. Cada semana se activará el siguiente módulo para trabajar.

Cada sesión se dividirá de la siguiente manera: primero se hará una revisión de la sesión anterior. En segundo lugar, se expondrá la teoría, técnicas, habilidades y/o ejercicios, en función de lo programado para la sesión. Por último, se harán preguntas para asegurar que el contenido se ha comprendido. En la versión digital se añadirá la opción para que los propios participantes vean su progreso, incluyendo gráficos, visuales, audios e imágenes para diseñar un formato lo más visual y llamativo posible. Una vez el paciente entra en la pantalla principal, aparecerá un mensaje de bienvenida, pidiéndole que realicen los cuestionarios escritos. El terapeuta tendrá acceso al programa todo el tiempo que dure la intervención.

En cuanto a los materiales para las sesiones presenciales serán necesarios una sala con proyector para el trabajo teórico y el uso de diapositivas, hojas de papel y lápices para escribir a mano y un ordenador. Para las sesiones online, es suficiente con un ordenador con conexión a internet.

4.5 Sesiones

4.5.1 Justificación y descripción de las sesiones:

A lo largo de la primera sesión, llevaremos a cabo un periodo de psicoeducación acerca de qué vamos a trabajar a lo largo de la misma. El objetivo de esta primera sesión es la de introducir los conceptos de emoción, funciones de las emociones y los mitos, cómo identificarlas y flexibilizarlas, así como la toma de conciencia sobre nuestras propias emociones para que el paciente entienda un poco más qué le ocurre y reduzca su sensación de incontrolabilidad. Por último, se introducirá el concepto de la atención plena para practicar la focalización de la atención en las sensaciones físicas. Para la segunda sesión trabajaremos los procesos atencionales que están presentes en muchos de los trastornos emocionales, en los cuales los pacientes dirigen su atención de forma inconsciente hacia la información desadaptativa y a la excesiva focalización (Mogg y Bradley, 2016). Por esta razón, se trabajará la atención emocional definida como la tendencia a dedicar recursos atencionales a la información emocional (Gratz y Roemer, 2004; Hervás, 2011), trabajando para ello el despliegue atencional, siendo una estrategia adaptativa que regula la experiencia emocional.

Para la tercera sesión trabajaremos el etiquetado emocional, refiriéndonos a la capacidad del individuo para nombrar con claridad sus emociones (Hervás, 2011). El objetivo de esta sesión va a ser aumentar la capacidad de etiquetar y nombrar las propias emociones, distinguirlas y reflexionar sobre la forma de actuar ante ellas. Para

ello, trabajaremos a través del emocionario, una herramienta clave de la autoaceptación y del autoconocimiento.

Para las siguientes dos sesiones se trabajará el análisis emocional y la modulación emocional. El análisis emocional se refiere a la capacidad de la persona para reflexionar y entender el significado e implicaciones de sus emociones, entrenando a los pacientes la detección de emociones y planificación de la actuación más adecuada en función de la emoción. La modulación emocional, en cambio, hace referencia a la capacidad de las personas para modular sus respuestas emocionales a través de la activación de diferentes estrategias cognitivas, emocionales o conductuales (Gratz y Roemer, 2004), trabajando para ello las creencias metacognitivas y metaemocionales a través de técnicas cognitivas y de exposición.

Una vez la persona aprende a codificar la situación y a etiquetar sus emociones, pasaremos a identificar aquellas estrategias de regulación que usan los pacientes en su vida diaria y aprender a distinguir aquellas adaptativas, lo que les permita reducir su malestar y lograr sus metas. Por último, se distinguirá entre metas de aproximación y de evitación.

Para acabar el programa, trabajaremos la aceptación emocional y la activación conductual (sesión 7) y los factores protectores (sesión 8). Entendemos la aceptación emocional como la ausencia de juicio negativo ante la propia experiencia emocional (Hervás y Jódar, 2008; Gratz y Roemer, 2004), dotando de herramientas para tener mayor conciencia sobre dichas respuestas y poder examinarlas con menor implicación. Por último, se trabajarán los factores de protección a través de hábitos de autocuidado, la resiliencia y la psicología positiva, que son claves para comprender y ayudar a las personas a prevenir o a desarrollar problemas emocionales, influenciando en la salud. Y es que, el optimismo, al igual que el pesimismo, es contagioso (Southwick y Charney, 2018).

4.5.2. Sesión 1: Comprensión de emociones y atención plena

Los **objetivos** de esta sesión son los siguientes:

- Comprensión de las emociones y sus funciones, y la observación de las respuestas emocionales.
- Tomar conciencia de cómo se generan nuestras emociones.
- Entrenar en la capacidad de ser consciente de sus emociones, tomando conciencia de cómo se generan y comprendiendo el funcionamiento de los problemas emocionales.
- Aprender y usar los autorregistros con fines terapéuticos.
- Focalizar la atención en la respiración, sensaciones corporales, emociones y pensamientos, facilitando la concentración.
- Ser consciente del momento presente.

Desarrollo de actividades:

Para la primera parte trabajaremos a nivel teórico junto a ejemplos prácticas para aclarar conceptos básicos y generales de la RE sobre la función de las emociones, las leyes emocionales, la diferencia entre conceptos de estrés y afrontamiento a través de la metáfora del mensajero (el problema no reside en las emociones si no en como las gestionamos). En la segunda parte, haremos una explicación sencilla y general del modelo de procesamiento emocional de la RE de Hervás y Vázquez (2006) y del modelo explicativo de los desórdenes emocionales (Gutiérrez *et al.*, 2015) para enseñar a que los pacientes comprendan la interacción entre la cognición, emociones, creencias y estrategias disfuncionales con el desarrollo de un trastorno a lo largo del tiempo. Trabajaremos los círculos viciosos que surgen alrededor de los desórdenes mentales (*Anexo I*).

Para ello, explicaremos en qué consisten los autorregistros y pediremos a los pacientes que cuando sientan emociones intensas, lo rellenen. Además, abordaremos la influencia de las sensaciones físicas en la generación de emociones a través de

técnicas de respiración (diafragmática, abdominal y profunda) y de relajación (relajación muscular progresiva de Jacobson).

En último lugar, trabajaremos la apertura emocional definida como “la capacidad del individuo para tener acceso consciente a sus emociones” (Hervás, 2011), para ello utilizaremos la atención plena o Detached Mindfulness (DM). El objetivo de la DM es tomar una actitud más de observador de lo que ocurre que de implicarse con los pensamientos o emociones. La práctica regular favorece los estados de ánimo positivos, mejor afrontamiento, mayor bienestar general y es eficaz contra el dolor crónico y síntomas ansiosos y depresivos (Moñivas et al, 2012). La explicación de la práctica está en *Anexo I*.

4.5.3 Sesión 2: Atención emocional

Los **objetivos** de esta sesión son los siguientes:

- Manejar la atención de forma flexible.
- Reducir los sesgos atencionales.
- Reducir la focalización en estímulos negativos y autofocalización.
- Aumentar el *focus* atención hacia estímulos neutros o positivos.

Desarrollo actividades:

A nivel psicoeducativo hablaremos sobre la importancia de hacia dónde dirigimos nuestra atención para generar mayor o menor bienestar. Como estrategia adaptativa, ante situaciones que generan temor o tristeza, dirigimos automáticamente nuestra atención a estímulos diferentes para reducir el malestar. Sin embargo, esta estrategia se convierte en desadaptativa cuando hay un exceso de autofocalización de la información interna negativa, característica de los DE. A este exceso de focalización le llamamos “atención emocional” y conlleva desajustes emocionales. Además, la preferencia por seleccionar un tipo de información u otra se conoce como “sesgo atencional”, que dificulta la capacidad de desviar la atención de información negativa y

mantenerla en la información positiva. El entrenamiento en estímulos positivos genera mecanismos estables de orientación atencional. Ello implica que en primer lugar tenemos que conseguir la desvinculación de la atención hacia estímulos negativos y cambiarlos o reorientarlos hacia estímulos neutros.

1º **“Attention Training Technique” (ATT)** (Gutiérrez *et al.*, 2015): desarrollada por Wells en 1990, que va dirigida a aumentar la habilidad de las personas para utilizar la atención flexible y focalización selectiva hacia estímulos neutros o positivos. Aunque esta técnica requiere una cantidad moderada de esfuerzo a nivel cognitivo, es muy útil en la reducción de síntomas ansiosos y depresivos (Wells, 2009). Es necesario practicarla diariamente o varias veces por semana durante 15 minutos diarios. La explicación de la tarea se especifica en el anexo II.

2º **Entrenamiento en evaluación de sesgos de accesibilidad** (Wenzlaff y Bates, 1998): Esta tarea va dirigida a evaluar esquemas cognitivos negativos latentes. La explicación de la tarea se describe en el Anexo II.

Por último, terminaremos la sesión con las dos últimas técnicas: la técnica de los cinco sentidos y el desayuno consciente. Ambas técnicas son variantes del Mindfulness y están detalladas en el Anexo III.

4.5.4 Sesión 3: Etiquetado emocional

Los **objetivos** de esta sesión son los siguientes:

- Desarrollar la capacidad de nombrar nuestras emociones.
- Aprender a relacionar las sensaciones y los pensamientos con la aparición de determinadas emociones.
- Desarrollar la capacidad de comprender y expresar distintas emociones, y actuar conforme a ellas.

- Aceptar las distintas emociones, permitiendo su aparición sin juzgarla, actuando en función de las demandas.
- Expresión de sentimientos y emociones de forma adecuada.

Desarrollo de las actividades:

Para comenzar la sesión, preguntaremos al grupo cuantas emociones conocen y el terapeuta lo apuntará en la pizarra o en el ordenador. Los pacientes con problemas de regulación suelen tener un número reducido de reconocimiento de emociones, por lo que este ejercicio ayudará a los pacientes a ver con perspectiva que existe una amplia variedad de emociones. Posteriormente, describiremos algunas emociones descritas en el *Emocionario*. El resto de ellas estarán situadas en la plataforma web para que accedan a ellas con ejercicios prácticos de reconocimiento. En sesión trabajaremos la tensión (estrés), la tristeza, la culpa, la serenidad, el alivio y la alegría. En primer lugar se describe la emoción, cómo la sentimos a nivel fisiológico, pensamientos asociados y en qué situaciones la podemos sentir. En segundo lugar, les daremos a cada paciente tarjetas con etiquetas emocionales (ejemplo en el Anexo IV) para analizar estados emocionales en el mismo momento, ya que el ejercicio práctico garantiza que se adquiera el vocabulario emocional en sesión. Una vez acabado, se pondrán en común las siguientes preguntas entre todo el grupo.

Con estas etiquetas, les haremos preguntas a los pacientes para que analicen diferentes situaciones de su vida y las emociones que han surgido o pueden aparecer en un futuro (Anexo IV). Por último, se mostrarán distintas situaciones donde las personas van a tener que describir qué emociones podrían sentir en esas situaciones y por qué. Se entregará una ficha de etiquetas emocionales para que sirva de apoyo. Añadiremos distintas tareas clasificadas por niveles de complejidad para seguir trabajando el reconocimiento de emociones (Anexo IV).

4.5.5 Sesión 4: Análisis emocional

Los **objetivos** de esta sesión son los siguientes:

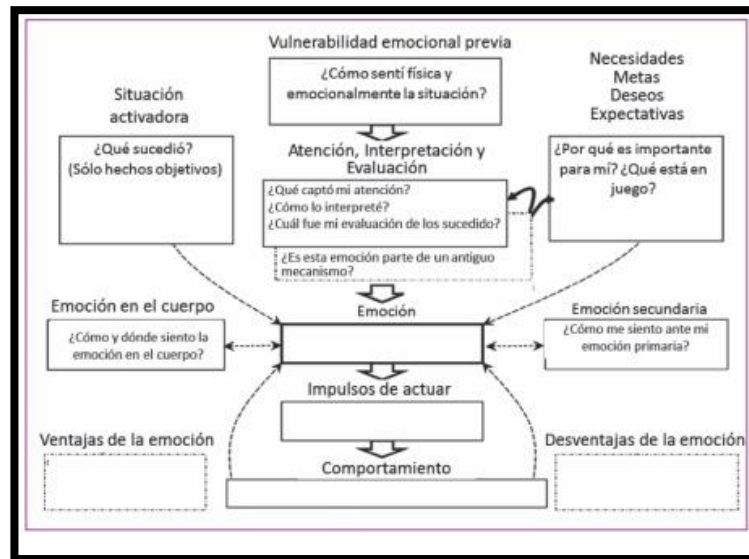
- Entrenar a los pacientes en detectar cómo es el proceso de valoración de las emociones.
- Diferenciar entre emociones primarias desencadenantes y secundarias.
- Aprender a diferenciar entre mensajes válidos y disfuncionales.
- Entrenar en detección de mensajes específicos de las emociones.
- Rememorar eventos pasados y reevaluarlos de forma más funcional.

Desarrollo de las actividades:

Para la fase de psicoeducación describiremos el modelo de Hervás de los cuatro elementos clave del análisis emocional (*Anexo V*). Para el análisis de situaciones emocionales, utilizaremos la una plantilla diseñada por Berking (2010) para el entrenamiento de la RE. Según la figura 3, en una situación activadora, en función de a qué prestemos atención y que evaluación e interpretación hagamos del resultado atencional (mediada por vulnerabilidad psicológica previa, metas, deseos y expectativas) generará una emoción concreta u otra, que dará lugar a cambios fisiológicos y a la generación de otras emociones secundarias (no básicas) que generarán una necesidad de actuar, ya sea a través del afrontamiento o de la huida/evitación. El objetivo de esta práctica es ser conscientes de cuál es la dinámica por la cual actuamos como pensamos, sentimos e interpretamos.

Figura 3

Plantilla para analizar las emociones:



Nota. Adaptado de *Plantilla para analizar las emociones*, de Gonzalo Hervás y Gabriel Moral, 2017, Regulación emocional aplicada al campo clínico. CC-BY-NC-ND.

Para comprender mejor cómo funciona este modelo explicativo, expondremos un ejemplo de una discusión con mi pareja. Ante una situación activadora (no ha limpiado los platos) se activa un sesgo atencional e interpretación de lo sucedido (fijarse solamente en que los platos no estaban limpios sin percatarte de que había hecho la comida, desarrollando una cadena de pensamientos del tipo generalizador “es que nunca hace nada en casa, yo solo soy quien la mantiene limpia”, etc.). Esta interpretación sesgada genera una emoción primaria de enfado, y posteriormente de frustración, malestar, inconformidad, entre otras, que provoca un impulso de actuar (irme de casa cerrando con un portazo) y una evaluación posterior de esa conducta (“no debería haber hecho eso, no es para tanto” o “espero que sufra, se lo merece”). Tras este ejemplo, se les pedirá que busquen en su recorrido biográfico de la última semana una situación parecida que les haya generado esta secuencia, y que lo

redacten en la sesión. Por último, explicaremos lo que es el diario emocional para que empiecen a llevarlo a cabo.

4.5.6 Sesión 5: Modulación emocional

Los **objetivos** de esta sesión son los siguientes:

- Modificación de metacreencias cognitivas y emocionales
- Identificar qué procesamiento cognitivo estamos realizando de las situaciones
- Modificación de las creencias metacognitivas

Desarrollo de las actividades:

Tras tener claro cómo se realiza el análisis emocional, vamos a explicar qué técnicas cognitivas podemos usar para conocer cuáles son nuestros esquemas cognitivos, para modificar los pensamientos disfuncionales en alternativos y para detectar sesgos cognitivos. En los DE, las creencias cognitivas se basan en que presentan un contenido negativo y son globales, rígidas y sobregeneralizadas. Una vez activadas, la persona interpreta la situación desde esas gafas, dirigiendo la forma en que procesan la información. En muchas ocasiones, el análisis interpretativo de la realidad vienen desajustadas por el uso de distorsiones cognitivas. Para aprender a identificarlas, describiremos cada una de ellas y pondremos distintas situaciones para evaluar cuáles podrían aparecer en cada una de ellas. Posteriormente, explicaremos los sesgos interpretativos y de memoria de Eysenbeck (1997). Para trabajar toda esta serie de conceptos recurriremos al repaso de episodios específicos previos que han vivido, autorregistros, explicaremos el modelo ABC de Beck y la manipulación de conductas de seguridad (las describiremos en la siguiente sesión), tanto en presencial como en online.

En sesión trabajaremos la técnica de reatribución verbal a través de la estrategia de reevaluación (aunque aún no se ha explicado, va a ser una introducción sencilla de la misma). El proceso será el siguiente: interpretación original del suceso

→ proceso de reevaluación → generación del pensamiento alternativo. Se incentivará a los pacientes que elijan una situación en concreta que les ha generado un pensamiento muy concreto, y pasaremos a realizar alguna de estas preguntas: ¿Qué razones hay para apoyar ese pensamiento?, ¿hay interpretaciones alternativas?, ¿Qué me genera pensar de esta manera?, ¿Qué distorsiones cognitivas encuentro?, ¿podrías diseñar una valoración alternativa?

A mitad de la sesión nos centraremos en la explicación teórica breve sobre las creencias metacognitivas y metaemocionales (Wells, 2009) y su relación con el modelo ABC. Para trabajarlas, expondremos preguntas para debatirlas en grupo (Anexo V). Al igual que antes, usaremos estrategias de reatribución verbal para ir modificándolas, a través de autorregistros. Por último, trabajaremos experimentos conductuales, a través de la exposición a situaciones y trabajo de hipotéticos casos que generen preocupación, malestar, vergüenza y otra serie de emociones (anexo VI).

4.5.7 Sesión 6: Estrategias de regulación

Los **objetivos** de esta sesión son los siguientes:

- Identificar qué estrategias de regulación se están utilizando.
- Reducir el uso de estrategias de RE disfuncionales.
- Ampliar el repertorio de estrategias que conocen los pacientes.
- Poner en marcha nuevas estrategias de afrontamiento y RE flexible.

Desarrollo de actividades:

Una vez atendemos a la emoción (atención) y la hemos identificado (etiquetación), hemos detectado qué estrategias de procesamiento cognitivo utilizamos y el análisis y modulación emocional, vamos a identificar que estrategias podemos usar. Es importante inculcar a los pacientes la importancia de gestionar las emociones a través de metáforas como que las emociones son el volante de un coche, necesario para conducir, pero sin un control del volante adecuado (estrategias eficaces y

flexibles) posiblemente tendremos un accidente, nos pondremos nerviosos y daremos volantazos, etc.

En la primera parte de la sesión llevaremos a cabo la psicoeducación de la misma explicando lo que son las conductas de seguridad (todas aquellas conductas, en su mayoría encubiertas, que se ponen en marcha ante situaciones que consideramos amenazantes, peligrosas o ansiosas, con el objetivo de reducir nuestro malestar o agitación a corto plazo (Gutiérrez *et al.*, 2015). Ejemplificaremos con situaciones cotidianas como la siguiente: *“No acudir a una reunión con amigos puede ser adaptativo si es porque has estado toda la semana trabajando y necesitas descansar o dedicarte a otras actividades, pero es desadaptativo si es por evadir una conversación, un reencuentro o practicar habilidades sociales”*.

Expondremos lo que son las estrategias específicas de regulación, trabajando a lo largo de las siguientes sesiones sobre ellas: rumiación, pensamiento repetitivo, distracción, afrontamiento, reevaluación, aceptación. Las describimos en el *Anexo VII*. Les pediremos a los pacientes que señalen en qué porcentajes de las estrategias usan, y cuáles son sus conductas de seguridad y qué función cumplen para ellos, generando un debate grupal sobre su influencia en nuestras vidas. Para facilitar la comprensión de las técnicas, expondremos ejemplos de situaciones cotidianas.

Por último, hablaremos de las metas de aproximación y evitación, descritas por Carver y Scheirer (2013). Lo que caracteriza a muchas personas con problemas emocionales es que la mayoría de sus acciones van dirigidas a evitar el malestar y no acercarse a sus objetivos o metas por ansiedad, miedo, preocupación, desconocimiento de las estrategias, etc. La explicación teórica y práctica se encuentra en el *Anexo VIII*.

4.5.8 Sesión 7: Aceptación emocional y activación conductual

Los **objetivos** de esta sesión son los siguientes:

- Trabajar la aceptación emocional como componente básico del desarrollo emocional.
- Cultivar la claridad emocional.

Desarrollo de actividades:

Desde la visión de la Inteligencia Emocional, para vivir plenamente de forma afectiva, tenemos que considerar factores relacionados con nuestras emociones: comunicación eficaz, conciencia de nuestro protagonismo en la misma y apertura a los otros para un óptimo desarrollo emocional. Bajo este contexto, en esta sesión se va a trabajar con la aceptación (toma de una actitud realista hacia la vida, asumiendo que habrá dificultades en el camino, pero siendo responsables del mismo) y la claridad emocional (facultad para conocer y comprender nuestras emociones, sabiendo distinguirlas y entendiendo cómo evolucionan e integrándolas en los pensamientos). Haremos una explicación teórica de ambos conceptos y detallaremos el trabajo con el diario de gratitudes. Para la claridad emocional, en primer lugar explicaremos la secuencia de la comprensión emocional y posteriormente explicaremos las claves necesarias para trabajarla (Anexo IX). Por último, explicaremos la técnica del riesgo para plantear en vivo una situación emocionalmente intensa (Anexo IX).

4.5.9 Sesión 8: Factores protectores

Los **objetivos** de esta sesión son los siguientes:

- Fortalecer los factores de protección del paciente.
- Enseñanza de hábitos de autocuidado.
- Evaluar la influencia del optimismo y la resiliencia en nuestras vidas.

Desarrollo de las actividades:

La psicoterapia positiva se puede entender como un tratamiento psicológico dirigido a reducir los síntomas de un funcionamiento negativo y que aumenta el compromiso con las emociones positivas (Seligman, Rashid y Parks, 2006). Dentro de la psicoterapia positiva trabajaremos las fortalezas, definidas como comportamientos que experimentamos de forma natural y pueden ser entrenados.

Los factores protectores y de riesgo son tanto externos (familias desestructuradas o de apoyo, situación económica delicada, mantenimiento de relaciones placenteras, tener o no un círculo social de apoyo) como internos (abuso de sustancias, conductas saludables, habilidades sociales y personales, autocuidado) de las personas.

Para detectar las fortalezas, podemos usar cuestionarios obteniendo el perfil de fortalezas (cuestionario VIA), para potenciarlas en los módulos a nivel individual. Para identificar algunos de ellos en la sesión grupal, usaremos la técnica del “por qué” a través del brainstorming:

- *“¿Por qué tienes buenas relaciones de pareja?”*
- *“¿Por qué te va mal en el trabajo?”*
- *“¿Por qué crees que buscas continuamente relaciones de pareja?”*
- *“¿Por qué crees que hay discusiones en tu familia?”*

Usaremos la metáfora del velero para encontrar las fortalezas del paciente. Imagínate que estás navegando en un velero. Explicaremos que el velero se enfrenta a distintos factores mientras navega y pediremos a los pacientes que nos indiquen cuál es su nivel actual de bienestar en cada uno de esos factores y a cuál quieren llegar. Para ello, les daremos un folio a cada uno para que escriban o dibujen lo que necesiten. El objetivo de esta técnica es conocer cuáles son sus puntos fuertes y cuáles por mejorar. En el módulo correspondiente a esta sesión las especificaremos. Además, enseñaremos a realizar un modelo de Análisis DAFO.

Como segunda tarea, es importante identificar cuáles son nuestras cualidades personales positivas. Se pedirá a los pacientes que piensen en cualidades que alguna vez en su vida les han dicho, tanto positivas como negativas, valorando cada una de un 1 a 10, siendo 1 no se lo ha creído, y 10 se lo cree totalmente.

Luego, le pediremos que se imagine a si mismo con 1 o 2 puntos más en cada uno de los ítems, y que imaginen como sería su vida.

Una vez los pacientes han comprendido cuáles son sus factores individuales, pasaremos a hacer una explicación breve teórica acerca de qué es la resiliencia y cómo trabajarla. Con resiliencia hacemos referencia a la capacidad de sobreponernos a los problemas y situaciones que surgen en la vida. Ser resiliente implica que aunque pasemos por circunstancias traumáticas y problemáticas, aprendemos a adaptarnos a las situaciones y a los problemas. Es una habilidad que siempre se puede aprender. Explicaremos a los pacientes como cultivarla (Anexo X).

4.6 Cronograma de aplicación

A continuación se presenta el cronograma temporal de aplicación de la presente propuesta de programa para cada una de las sesiones. Con la sigla “S” nos referiremos a las sesiones, mientras que con “SS” hacemos alusión a las semanas donde se llevará a cabo.

		Temporalización							
		SS1	SS2	SS3	SS4	SS5	SS6	SS7	SS8
S1	120 <i>minutos</i>	X							
S2	90-100 <i>minutos</i>		X						
S3	90-110 <i>minutos</i>			X					
S4	100 <i>minutos</i>				X				
S5	120 <i>minutos</i>					X			
S6	120 <i>minutos</i>						X		
S7	100 <i>minutos</i>							X	
S8	90 minutos								X

4.7 Evaluación de la propuesta

La evaluación se realizará en dos momentos, al inicio y al final del programa, con un carácter cualitativo y cuantitativo, derivándose de cada evaluación ideas para mejorar el funcionamiento del programa, así como enfatizar los elementos que se trabaja en cada una de las sesiones y evaluar la eficacia y la consecución de logros de este programa.

Los instrumentos psicométricos que vamos a utilizar para evaluar el pre- y post- intervención son los siguientes:

- *Escala Dificultades en Regulación Emocional (DERS)*, desarrollada por Gratz y Roemer en 2004 y adaptada por Hervás y Jódar (2008), formada por 36 ítems que miden seis factores: no-aceptación, dificultad en el logro de metas, impulsividad, acceso limitado a estrategias, falta de consciencia y falta de claridad emocional.
- *Escala de Afecto positivo y Afecto negativo (PANAS)*, desarrollada por Watson, Clark y Tellegen en 1988. Consta de 20 ítems que describen emociones de carácter positivo o negativo en una escala tipo Likert.
- *Patient Health Questionnaire (PHQ-15)*, dirigida a medir síntomas somáticos referidos a trastornos ansiosos y depresivos. Consta de 15 ítems referidos a problemas físicos que puedan haber molestado a los pacientes durante las cuatro semanas previas, entre los que se encuentran, dolor de estómago, de cabeza, musculares, palpitaciones, mareos, náuseas, cansancio, problemas de sueño, etc.
- Para medir síntomas depresivos usaremos el *inventario de depresión de Beck (BDI)*, un autoinforme de 21 preguntas que mide la gravedad de la depresión.
- Para medir síntomas ansiosos usaremos el *STAI*, cuestionario de 20 ítems que mide ansiedad como estado y como rasgo (propensión ansiosa)
- *Escala cualitativa de expectativa de tratamiento*, inspirada en Borkovec y Sidney, va dirigida a conocer cuáles son las expectativas de los pacientes frente al programa. Se pasará al inicio y al final. Incluye las siguientes preguntas: ¿Qué te parece este tratamiento para ti? ¿Crees que trabaja esas necesidades o síntomas que tienes?, ¿Crees que este tratamiento va a tener éxito en mejorar tu relación con tus emociones?, ¿Recomendarías este tratamiento a un amigo o conocido que presenta extrema ansiedad,

preocupación o tristeza?, Si tú sufrieras un nivel elevado de ansiedad, ¿recomendarías este programa?. ¿Crees que el programa tendrá éxito?, ¿Prevés que te sentirás más estable, con menos ansiedad y más cómodo con tus emociones?

- *Adaptación Española del Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ)*, adaptado por Barraca (2004), evalúa la evitación experiencial y la aceptación psicológica.

Una vez obtenidos los resultados de la fase post analizamos los datos para comprobar si ha habido cambios significativos: Comparar y analizar de forma detallada y cuantitativa los cambios en los estados emocionales de los pacientes y su influencia en la calidad de vida y en el bienestar emocional, así como en la disminución de los síntomas clínicos.

5. Conclusiones

Para finalizar con esta propuesta de intervención, vamos a realizar una reflexión y valoración, describiendo las limitaciones y las contribuciones del presente programa para el avance teórico y empírico en el tema. Tras el estudio de la literatura científica, este programa está dirigido modestamente a intervenir con pacientes a través de diversas técnicas y comprensión teórica del propio malestar del paciente, con el fin último de mejorar la calidad de vida de los pacientes y reducir síntomas clínicos. Por esta razón, es de gran importancia el contraste en el pre y post-intervención de las escalas cuantitativas descritas en el apartado anterior, para comprobar objetivamente si ha habido una mejoría o no en los pacientes, si existen diferencias entre ellos, y propuestas de mejora del programa. Asimismo, es de igual importancia hacer una entrevista cualitativa post con los pacientes acerca de cuáles han sido los cambios que han vivido y cuáles les hubiera gustado trabajar pero que no se ha contemplado en el programa.

En cuanto a los puntos fuertes del programa, comenzamos describiendo su implicación en el formato online, especialmente reseñable en estos tiempos de pandemia. Consideramos que la presencia online genera dos beneficios: el primero, que permite a los pacientes conectarse desde distintos lugares y potenciar las tareas que se trabajan en sesión con muchos más ejemplos y poder trabajarlos diariamente. En segundo lugar, que permite a pacientes que no puedan acudir presencialmente una oportunidad de participación.

Así mismo, debido a los recientes estudios transdiagnósticos, no existe una amplia variedad de programas dirigidos específicamente a trabajar la regulación emocional de esta tipología de pacientes, ya que la mayoría de ellos van dirigidos al trabajo de constructos específicos, con un tipo de terapia determinada o con rangos de edad previamente seleccionados, como los descritos en el apartado de comparación de programas. Debido a esta situación, hemos considerado incluir en el programa a cualquier persona adulta, sin límite de edad, con diagnóstico clínico, ya que es la que está presente en un amplio porcentaje en las consultas de AP (Cano, 2011).

Este es el primer recurso al que acude la mayoría de personas con problemas de salud mental. En las consultas de AP están presentes un amplio porcentaje de estas categorías diagnósticas que, unido a la falta de personal, a las largas listas de espera y al sobre/infradiagnóstico, generan un deterioro aún mayor en este tipo de pacientes. En ese sentido, los programas grupales permiten la atención a mayor cantidad de personas, un aprovechamiento de los profesionales y un abaratamiento de los costes. Así mismo, este programa puede realizarse de igual manera en el sector privado incluyendo si fuera necesario más profesionales.

Otra característica del programa es la inclusión de terapias mixtas (tercera generación y cognitivo-conductual), ya que ambas corrientes presentan distintas teorías y metodologías comprobadas científicamente, pero dirigidas de forma distinta a la sintomatología de los pacientes. Por último, en relación a los recursos necesarios

para llevar a cabo el programa, el mayor gasto es al inicio del programa en la realización del programa online, ya que el resto de recursos son los básicos para cualquier otra intervención.

En cuanto a las limitaciones del programa, recientemente se han planteado que los rasgos de personalidad son tan predictivos como los rasgos clínicos (estilo rumiativo, sensibilidad a la ansiedad, supresión del pensamiento) para el desarrollo de desórdenes emocionales (Stanton *et al.*, 2016).

Sin embargo, razones de espacio-temporales han dificultado su inclusión como parte del programa, pero sí consideramos tenerlo en cuenta para estudios posteriores. Otra de las limitaciones ha sido la dificultad con el estudio de algunos de los constructos como son las pruebas de evaluación de atención emocional.

Como líneas futuras, consideramos que es necesario investigar la influencia de otros componentes cognitivos que no se han tenido en cuenta en este programa y la inclusión de otros trastornos, hallándose en la literatura científica mínimos estudios de ellos, como el Trastorno Límite de Personalidad (Baer y Sauer, 2011), Trastorno de Estrés Postraumático (Levy *et al.*, 2015), Trastornos de la Conducta Alimentaria (Sloan *et al.*, 2017) o los Trastornos Psicóticos.

Para terminar, este programa de intervención ha buscado desde su inicio que su puesta en práctica sea útil, eficaz y coherente con la situación económica y social en la que vivimos, y viable dentro del contexto sanitario y de las características del mismo (pandemia, falta de recursos económicos y personales, falta de psicólogos clínicos y sanitarios, excesiva lista de espera de pacientes, entre otras). Esta propuesta se engloba en el marco de la investigación en los componentes transdiagnósticos de los trastornos emocionales, con el objetivo final de lograr el desarrollo de terapias más eficaces para un amplio número de trastornos que pueda ir dirigido a mayor cantidad de pacientes.

6. Referencias

- Abravanel, B. y Sinha, R. (2015). Emotion dysregulation mediates the relationship between lifetime cumulative adversity and depressive symptomatology. *Journal of Psychiatric Research*, 61, 89-96. DOI: [10.1016/j.jpsychires.2014.11.012](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.11.012)
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., y Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217– 237. DOI: [10.1016/j.cpr.2009.11.004](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004)
- Aldao, A. y Nolen-Hoeksema, S. (2012). When are adaptive strategies most predictive of psychopathology?. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(1), 276-281. DOI: [10.1037/a0023598](https://doi.org/10.1037/a0023598)
- Baer, R. A., y Sauer, S. E. (2011). Relationships between depressive rumination, anger rumination, and borderline personality features. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2(2), 142-150. DOI: [10.1037/a0019478](https://doi.org/10.1037/a0019478)
- Bardeen, J. R., Tull, M. T., Stevens, E. N. y Gratz, K. L. (2014). Exploring the relationship between positive and negative emotional avoidance and anxiety symptom severity: the moderating role of attentional control. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(3), 415-420. DOI: [10.1016/j.jbtep.2014.04.006](https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.04.006)
- Bardeen, J. R., Tull, M. T., Dixon-Gordon, K. L., Stevens, E. N., y Gratz, K. L. (2015). Attentional control as a moderator of the relationship between difficulties accessing effective emotion regulation strategies and distress tolerance. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 37(1), 79–84. DOI: [10.1007/s10862-014-9433-2](https://doi.org/10.1007/s10862-014-9433-2)
- Barlow, D., Allen, L. B. y Choate, M. L. (2004). Toward a Unified Treatment for Emotional Disorders. *Behavior Therapy*, 35(2), 205-230. DOI: [10.1016/S0005-7894\(04\)80036-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80036-4)

- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B. y Ehrenreich-May, J. (2011) *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: therapist guide*. Oxford University Press.
- Barraca-Mairal, J. (2004). Spanish adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). *International Journal of psychology and psychological therapy*, 4(3): 505-516.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- Beck, A. T., y Haigh, E. A. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: the generic cognitive model. *Annual review of clinical psychology*, 10, 1-24.
<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153734>
- Berking, M. (2010). *Training emotionaler Kompetenzen*. Springer.
- Bloch, M.H., McGuire, J., Landeros-Weisenberger, A., Leckman, J.F. y Pittenger, C. (2010). Meta-analysis of the dose-response relationship of SSRI in obsessive-compulsive disorder. *Molecular Psychiatry*, 15(8), 850-855.
DOI: [10.1038/mp.2009.50](https://doi.org/10.1038/mp.2009.50)
- Bonanno, G.A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events?. *The American Psychologist* 59(1):20-8. DOI: [10.1037/0003-066X.59.1.20](https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20)
- Bonanno, G. A., y Burton, C. L. (2013). Regulatory flexibility: An individual differences perspective on coping and emotion regulation. *Perspective of Psychological Science*, 8(6), 591–612. DOI: [10.1177/1745691613504116](https://doi.org/10.1177/1745691613504116)
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T. y DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: some characteristics and processes. *Behaviour research and therapy*, 21(1): 9-16. DOI: [10.1016/0005-7967\(83\)90121-3](https://doi.org/10.1016/0005-7967(83)90121-3)

- Borkovec, T. D. y Sidney, D. N. (1972). Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 3(4): 257-260.
- Bradley, M. M. y Lang, P. J. (2007). The international affective pictures system (IAPS). Technical manual and affective ratings. En J. A. Coan y J.J. B. Allen (Ed.), *Handbook of emotion elicitation and assessment* (pp. 29-46). Oxford University Press.
- Brown, T. A., y Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment*, 21(3), 256-271. DOI: [10.1037/a0016608](https://doi.org/10.1037/a0016608)
- Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A. y Seisdedos-Cubero, N. (2015). *Adaptación española de STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. TEA Ediciones.
- Campbell-Sills L., Barlow, D. H., Brown, T. A. y Hofmann, S. G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 44(9):1251–1263. DOI: [10.1016/j.brat.2005.10.001](https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.001)
- Cano-Vindel, A. (2011). Los desórdenes emocionales en Atención Primaria. *Ansiedad y Estrés*, 17(1):75-97.
- Carver, C.S. y Scheier, M. F. (2013). Goals and emotion. En M. D. Robinson, E. R. Watkins, y E. Harmon-Jones (Ed.), *Handbook of cognition and emotion* (pp. 176-194). The Guilford Press.
- Clark, D. M., Layard, R., Smithies, R., Richards, D. A., Suckling, R. y Wright, B. (2009). Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behaviour Research and Therapy*, 47(11), 910–920. DOI: [10.1016/j.brat.2009.07.010](https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.07.010)
- Coletti, J. P. y Teti, G. L. (2015). Acceptance and Commitment Therapy (ACT): Behaviorism, mindfulness and values. *Vertex*, 26(119): 37-42.

- Craske, M. G., Barlow, D. H. y O'Leary, T. A. (1992). *Mastery of your anxiety and worry*. Harcourt Brace&Company.
- Díaz-García, A., González-Robles, A., Fernández-Álvarez, J., García-Palacios, A., Baños, R.M. y Botella, C. (2017). Efficacy of a Transdiagnostic internet-based treatment for emotional disorders with a specific component to address positive affect: Study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 17(145), 1-14. DOI: [10.1186/s12888-017-1297-z](https://doi.org/10.1186/s12888-017-1297-z)
- Extremera, N. y Rey, L. (2015). The moderator role of emotion regulation ability in the link between stress and well-being. *Frontiers in Psychology*, 6: 1632. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01632>
- Eysenck, H. J. (1997). Personality and experimental psychology: The unification of psychology and the possibility of a paradigm. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(6), 1224–1237. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.73.6.1224>
- Fernández-Álvarez, J., Molinari, G. , Colombo, D., Garcia-Palacios, A., Riva, G. y Botella, C. (2018). La regulación emocional como factor transdiagnóstico en psicoterapia: Luces y sombras de un campo en desarrollo. *Revista de Psicoterapia*, 29(110), 17-35. <https://doi.org/10.33898/rdp.v29i110.245>
- Goleman, D. (1996). *La Inteligencia Emocional*. Kairós.
- González-Blanch, C., Umaran-Alfageme, O., Cordero-Andrés, P., Muñoz-Navarro, R., Ruíz-Rodríguez, P., Adrián- Medrano, L., Ruíz-Torres, M., Dongil-Collado, E., Cano-Vindel, A. y Grupo de Investigación PsicAP (2018). Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en Atención Primaria: el manual de tratamiento transdiagnóstico del estudio PsicAP. *Ansiedad y Estrés*, 24(1), 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.005>
- González-Robles, A., Díaz-García, A., García-Palacios, A., Roca, P., Ramos-Quiroga, J. A. y Botella, C. (2020). Effectiveness of a transdiagnostic guided internet-delivered protocol for emotional disorders versys treatment as usual in

- specialized care: randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, 22(7). DOI: [10.2196/18220](https://doi.org/10.2196/18220)
- Gratz, K. L., y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41– 54. DOI: [10.1007/s10862-008-9102-4](https://doi.org/10.1007/s10862-008-9102-4)
- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: past, present, future. *Cognition and Emotion*, 13, 551-573. <https://doi.org/10.1080/026999399379186>
- Gross, J. J. (2014). *Regulación de las emociones: fundamentos conceptuales y empíricos*. En JJ Gross (Ed.), *Manual de regulación de las emociones* (p. 3-20). La prensa de Guilford
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: current status and futures prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1),1-26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
- Gross, J. J. (2008). *Emotion regulation*. En M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, y L. F. Barrett (Ed.), *Handbook of emotions* (p. 497–512). The Guilford Press.
- Gutiérrez, A., Cejudo, J. y Salguero, J. M. (2015). *Tratamiento transdiagnóstico de los desórdenes emocionales*. Síntesis.
- Harvey, A. G., Watkins, E., Mansell, W. y Shafran, R. (2004). *Cognitive Behavioural Processes Across Psychological Disorders: A Transdiagnostic Approach to Research and Treatment*. Oxford University Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976-1002. <https://doi.org/10.1177/0011000012460836>

- Hendriksen, E. (2018). *How to be yourself: Quiet your inner critic and rise above social anxiety*. ST. Martin's Press.
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: El papel de los déficits emocionales en los trastornos clínicos. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 19(2), 347-372.
- Hervás, G. y Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19(2), 139-156.
- Hervás, G. y Moral, G. (2017). *Regulación emocional aplicada al campo clínico*. FOCAD.<https://www.ucm.es/data/cont/docs/1368-2018-05-11-FOCAD%20FINAL%20COMPLETO.pdf>
- Hervás, G. y Vázquez, C. (2006). La regulación afectiva: modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 59 (1-2), 9-36.
- Hoffman, S. (2014). Interpersonal emotion regulation model of mood and anxiety disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 38 (5). 483-492. DOI: [10.1007/s10608-014-9620-1](https://doi.org/10.1007/s10608-014-9620-1)
- Ingram, R.E., Miranda, J. y Segal, Z.V. (1998). *Cognitive vulnerability to depression*. The Guilford Press.
- Jarymowicz, M. y Imbir, K. (2015). Toward a human emotions taxonomy (based on their automatic vs. Reflective origin). *Emotion Review*, 7(2), 183–188. <https://doi.org/10.1177/1754073914555923>
- John, O. P. y Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72(6), 1301–1334. DOI: 10.1111/j.1467-6494.2004.00298.x
- Kabat-Zinn, J. (2011). *Mindfulness for Beginners*. Sounds True Inc.

- Kashdan, T.B. y Rottenberg, J. (2010). Psychological Flexibility as a Fundamental Aspect of Health. *Clinical psychology review*, 30(7):865-878. DOI: [10.1016/j.cpr.2010.03.001](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001)
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R. y Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6): 617-27. DOI: [10.1001/archpsyc.62.6.617](https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617)
- Kirwan, M., Pickett, S. M. y Jarrett, N. L. (2017). Emotion regulation as a moderator between anxiety symptoms and insomnia symptom severity. *Psychiatry research*, 254:40-47. DOI: [10.1016/j.psychres.2017.04.028](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.04.028)
- Kobylińska, D. y Kusev, P. (2019). Flexible emotion regulation: How situational demands and individual differences influence the effectiveness of regulatory strategies. *Frontiers in Psychology*, 10(72). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00072>
- Kring, A. M. y Sloan, D. M. (2010). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. The Guilford Press
- Kristeller, J., Wolever, R. Q. y Sheets, V. (2013). Mindfulness-based eating awareness training (MB- EAT) for binge eating: a randomized clinical trial. *Mindfulness*, 5, 282-297. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0179-1>
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford University
- Levy-Gigi, E., Bonanno, G. A., Shapiro, A. R. y Richter-Levin, G. (2015). Emotion Regulatory Flexibility Sheds Light on the Elusive Relationship Between Repeated Traumatic Exposure and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms. *Clinical Psychological Science*, 4(1), 1-12. DOI: [10.1177/2167702615577783](https://doi.org/10.1177/2167702615577783)
- Lyubomirsky, S. y Nolen-Hoeksema, S. (1995) Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(1), 176-190. DOI: [10.1037//0022-3514.69.1.176](https://doi.org/10.1037//0022-3514.69.1.176)

- Luthar, S. S. (2006). Resilience in Development: A Synthesis of Research across Five Decades. En D.Cicchetti y D. J. Cohen (Ed.), *Developmental Psychopathology: Risk, Disorder, and Adaptation* (pp. 739-795). Wiley.
- Mauss, I. B., Wilhelm, F. H., & Gross, J. J. (2004). Is there less to social anxiety than meets the eye? Emotion experience, expression, and bodily responding. *Cognition and Emotion*, 18(5), 631–662.
<https://doi.org/10.1080/02699930341000112>
- McEvoy, P. M., Nathan, P. y Norton, P. J. (2009). Efficacy of transdiagnostic treatments: A review of published outcome studies and future research directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 23(1), 20-33. DOI: 10.1891/0889-8391.23.1.20
- McHugh, R. K., Murray, H. W., y Barlow, D. H. (2009). Balancing fidelity and adaptation in the dissemination of empirically-supported treatments: The promise of transdiagnostic interventions. *Behaviour Research and Therapy*, 47(11), 946-953. DOI: [10.1016/j.brat.2009.07.005](https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.07.005)
- MacLeod, C., Rutherford, E., Campbell, L., Ebsworthy, G. y Holker, L. (2002). Selective attention and emotional vulnerability: assessing the causal basis of their association through the experimental manipulation of attentional bias. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(1):107-23.
- Mayer, J. D., Allen, J., y Beauregard, K. (1995). Mood inductions for four specific moods: A procedure employing guided imagery vignettes with music. *Journal of Mental Imagery*, 19, 133-150.
- McLaughlin, K. A. y Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour research and therapy*, 49(3), 186-93. DOI: [10.1016/j.brat.2010.12.006](https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.12.006)
- Mennin, D., Turk, C., Heimberg, R. y Carmin, C. (2004). Focusing on the regulation of emotion: A new direction for conceptualizing and treating generalized anxiety

- disorder. En M.S. Reinecke y D. A. Clark (Ed.), *Cognitive therapy over the lifespan: Evidence and practice* (pp. 60-89). Cambridge University Press
- Mogg, K. y Bradley, B. P. (2016). Anxiety and attention to threat: Cognitive mechanisms and treatment with attention bias modification. *Behaviour Research and Therapy*, 87, 76-108. DOI: 10.1016/j.brat.2016.08.001
- Moñivas, A., García-Diex, G. y García-De-Silva, R. (2012). Mindfulness (Atención plena): concepto y teoría. *Portularia*, 12, 83-89. DOI:10.5218/prts.2012.0009
- National Institute for Health and Care Excellence (25 de mayo de 2011). *Common mental health disorders: identification and pathways to care*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123>
- Norton, P. J. (2012). *Group cognitive behavioral therapy of anxiety: A transdiagnostic treatment manual*. Guilford Press
- Nelis, D., Kotsou, I., Quoidbach, J., Hansenne, M., Weytens, F., Dupuis, P. y Mikolajczak, M. (2011). Increasing emotional competence improves psychological and physical well-being, social relationships, and employability. *Emotion*, 11(2), 354–366. DOI: 10.1037/a0021554
- Núñez, C. y Valcárcel, R. R. (2013). *Emocionario. Di lo que sientes*. Palabras Aladas.
- Ochsner, K. N. y Gross, J. J. (2008). Cognitive emotion regulation: insights from social cognitive and affective neuroscience. *Current Directions in Psychological Science*, 17(2), 153–158. DOI:10.1111/j.1467-8721.2008.00566.x.
- Ochsner, K. N. y Gross, J. J. (2014). The neural bases of emotion and emotion regulation: a valuation perspective. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation*. Guildford Press.
- Osma, J., Suso-Ribera, C., García-Palacios, A., Crespo-Delgado, E., Robert-Flor, C., Sánchez-Guerrero, A., Ferreres-Galan, V., Pérez-Ayerra, L., Malea-Fernández, A. y Torres-Alfosea, M. A. (2018). Efficacy of the unified protocol for the treatment of emotional disorders in the Spanish public mental health system

- using a group format: study protocol for a multicenter, randomized, non-inferiority controlled trial. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16 (46), 1-10.
<https://doi.org/10.1186/s12955-018-0866-2>
- Parkinson, B. y Totterdell, P. (1999). Classifying affect-regulation strategies. *Cognition and emotion*, 13(3): 277-303. DOI: [10.1080/026999399379285](https://doi.org/10.1080/026999399379285)
- Rachman, S. (1980). Emotional processing. *Behaviour Research and Therapy*, 18(1), 51-60. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(80\)90069-8](https://doi.org/10.1016/0005-7967(80)90069-8)
- Ramos-Díaz, N. S., y Salcido-Cibrián, L. J. (2017). Programa Inteligencia Emocional Plena (PINEP) aplicando Mindfulness para regular emociones. *Revista De Psicoterapia*, 28(107), 259-270. DOI: <https://doi.org/10.33898/rdp.v28i107.152>
- Reinholt, N. y Krogh, J. (2014). Efficacy of transdiagnostic cognitive behaviour therapy for anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis of published outcome studies. *Cognitive Behavioral therapies*, 43(3): 171-84. DOI: [10.1080/16506073.2014.897367](https://doi.org/10.1080/16506073.2014.897367)
- Ros-Montalbán, S., Comas-Vives, A. y García-García, M. (2010). Validación de la versión española del Cuestionario PHQ-15 para la evaluación de síntomas físicos en pacientes con trastornos de depresión y/o ansiedad: estudio DEPRE-SOMA. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(6): 345-57.
- Rottenberg, J. y Cowden-Hindash, A.H. (2015). Emerging evidence for emotion context insensitivity in depression. *Current opinion in psychology*, 4, 1-5. DOI: [10.1016/j.copsyc.2014.12.025](https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.12.025)
- Ruiz, F. J. (2012). Acceptance and Commitment Therapy versus Traditional Cognitive BEhavioral Therapy: A systematic review and meta-analysis of current empirical evidence. *International Journal of psychology and psychological therapy*, 12(3), 333-357.
- Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D., Castillo, R. y Palomera, R. (2011). Inteligencia emocional y ajuste psicosocial en la adolescencia: El papel

de la percepción emocional. *European Journal of Education and Psychology*, 4(2), 143-152. DOI: [10.1989/ejep.v4i2.84](https://doi.org/10.1989/ejep.v4i2.84)

Salguero, M., e Iruarrizaga, I. (2006). Relaciones entre inteligencia emocional percibida y emocionabilidad negativa: tristeza, ira y depresión. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 207-221.

Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C. y Palfai, T. P. (1995). *Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale*. En J.W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, y health* (pp. 125-154). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10182-006>

Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M.A., y Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de Afecto Positivo y Negativo: Validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11(1): 37-51.

Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M. y Vázquez, C. (2005). Spanish adaptation of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II): 3. Psychometric features in patients with psychological disorders. *Clínica y Salud*, 16(2), 121-142.

Sauer-Zavala, S. y Barlow, D. H. (2014). The case for borderline personality disorder as an emotional disorder: implications for treatment. *Clinical Psychology: Science and practise*, 21(2), 118-138. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12063>

Sauer-Zavala, S., Gutner, C. A., Farchione, T. J., Boettcher, H. T., Bullis, J. R. y Barlow, D. H. (2017). Current definitions of “transdiagnostic” in treatment development: a search for consensus. *Behavior Therapy*, 48. 128-138. DOI: [10.1016/j.beth.2016.09.004](https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.004)

Seligman, M. E. P., Rashid, T., y Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8), 774-788. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.8.774>

- Sheppes, G., Scheibe, S., Suri, G., y Gross, J. J. (2011). Emotion-regulation choice. *Psychological Science*, 22(11), 1391-1396. <https://doi.org/10.1177/0956797611418350>
- Sheppes, G. y Meiran, N. (2009). Divergent cognitive costs for online forms of reappraisal and distraction. *Emotion*, 8(6): 870-874. DOI: [10.1037/a0013711](https://doi.org/10.1037/a0013711)
- Stanton, K., Rozek, D. C., Stasik-O'Brien, S. M., Ellickson-Larew, S. y Watson, D. (2016). A transdiagnostic approach to examining the incremental predictive power of emotion regulation and basic personality dimensions. *Journal of Abnormal Psychology* 125: 960-975.
- Southwick, S. M. y Charney, D. S. (2018). *Resilience: The science of mastering life's greatest challenges*. Cambridge University Press.
- Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H. y Staiger, P. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 57, 141-163. DOI: [10.1016/j.cpr.2017.09.002](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.002)
- Taylor, S. y Clark, D. A. (2009). The Transdiagnostic Perspective on Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety and Depression: New Wine for Old Wineskins?. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 60-66. DOI: [10.1891/0889-8391.23.1.60](https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.60)
- Treynor, W., González, R. y Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and research*, 27(3), 247-259. DOI: [10.1023/A:1023910315561](https://doi.org/10.1023/A:1023910315561)
- Troy, A. S., Shallcross, A. J. y Mauss, I. B. (2013). A person-by-situation approach to emotion regulation: cognitive reappraisal can either help or hurt, depending on the context. *Psychological Science*, 24(12), 2505-2014. DOI: [10.1177/0956797613496434](https://doi.org/10.1177/0956797613496434).

- Tortella-Feliu, M., Vázquez, V., Valiente, C., Quero, S., Soler, J., Montorio, I., Jiménez-Murcia, S., Hervás, G., García-Palacios, A., García-Campayo, J., Fernández-Aranda, F., Botella, C., Barrantes, N. y Baños, R.M. (2016). Retos en el desarrollo de intervenciones psicológicas y la práctica asistencial en salud mental. *Clínica y Salud*, 27(2), 65-71. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2016.03.002>
- Troy, A. S. y Mauss, I. B. (2011). Resilience in the face of stress: emotion regulation as a protective factor. En S. M. Southwick, B. T. Litz, D. Charney y M. J. Friedman (Ed.), *Resilience and mental health: Challenges across the lifespan* (pp. 30-44). Cambridge University Press.
- Tull, M. T., Bardeen, J. R., DiLillo, D., Messman-Moore, T. y Gratz, K. L. (2015). A prospective investigation of emotion dysregulation as a moderator of the relation between posttraumatic stress symptoms and substance use severity. *Journal of anxiety disorders*, 29. 52-60. DOI: [10.1016/j.janxdis.2014.11.003](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.11.003)
- Vázquez, C., Blanco, I., Sánchez, A. y McNally, R. J. (2016). Attentional bias modification in depression through gaze contingencies and regulatory control using a new eye-tracking intervention paradigm: Study protocol for a placebo-controlled trial. *BMC Psychiatry*, 16 (439). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1150-9>
- Wadlinger, H. A. e Isaacowitz, D. M. (2011). Fixing our focus: Training attention to regulate emotion. *Personality and social psychology review*, 15(1): 75-102. DOI: [10.1177/1088868310365565](https://doi.org/10.1177/1088868310365565)
- Watson, D., Clark, L. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.

- Webb, T. L., Miles, E. y Sheeran, P. (2012). Dealing with feeling: a meta-analysis of the effectiveness of strategies derived from the process model of emotion regulation. *Psychological bulletin*, 138(4), 775–808. DOI: [10.1037/a0027600](https://doi.org/10.1037/a0027600)
- Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. Guilford Press
- Wenzlaff, R. M., y Bates, D. E. (1998). Unmasking a cognitive vulnerability to depression: How lapses in mental control reveal depressive thinking. *Journal of Personality and Social. Psychology*, 75(6), 1559-1571. DOI: [10.1037//0022-3514.75.6.1559](https://doi.org/10.1037//0022-3514.75.6.1559)
- White, J. (2008) Stepping up primary care. *The Psychologist*, 21(10), 844-847.
- Wood, A. M. y Joseph, S. (2010). The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: a ten year cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 122(3), 213-217. DOI: [10.1016/j.jad.2009.06.032](https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.032)
- World Health Organization (2004). *Promoting mental health: Concepts, Emerging evidence, Practice. Summary report*.
https://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf

7. Anexos

7.1 Anexo I: Sesión 1

Mantenimiento de los círculos viciosos	
<i>Relación entre respuesta emocional y la valoración que hacemos de ella</i>	Según la valoración que hagamos de la emoción, pensamientos y respuestas fisiológicas, puede llevar a una intensificación de la respuesta emocional inicial y generar nuevas emociones negativas.
<i>Estrategias de regulación ineficaces</i>	Según la estrategia que usemos conllevará un aumento de la intensidad y la frecuencia de la RE, a generar nuevas emociones negativas y a impedir el uso de otras estrategias adaptativas.

Atención plena → Siendo conscientes de que la práctica de la DM es un proceso complicado al principio, empezaremos con técnicas de respiración prestando atención al ritmo inspiración-respiración durante 10 minutos. Programaremos una alarma para que suene cada minuto. Le explicaremos a los pacientes que su objetivo es centrar toda su atención en su respiración y que, aunque se distraigan, intenten volver a enfocarse en su respiración. Pueden empezar con los ojos abiertos o cerrados. Es importante comentarles a los pacientes que en el módulo del programa podrán acceder a sesiones de DM para la práctica diaria, pero que hasta que no controlen la respiración, no deben pasar a las siguientes fases. Para que los pacientes lleguen a entender la función de esta técnica y su utilidad, vamos a recurrir a dos metáforas distintas:

- Imaginemos que *un niño está teniendo una rabieta* importante que tanto a él como a nosotros nos está generando malestar.
- *La tarea del león*: Se le pedirá a los participantes que cierren los ojos y se imaginen un león. Se le pedirán las siguientes normas: “no intentes influir o cambiar la imagen del león, sólo mira la imagen y el comportamiento del león. El león puede moverse, pero no lo hagas. Puede parpadear, pero no lo hagas. El león puede mover la cola, pero no le obligues a hacerlo. Observa como el león tiene su propio comportamiento, pero no hagas nada, sólo obsérvalo.”

7.2 Anexo II: Atención emocional

“Attention Training Technique” (ATT) → En primer lugar se es entrenará en atender a un solo sonido y posteriormente a cambiar la atención entre varios. Pediremos a los pacientes que se fijen en tres sonidos diferentes que estarán dentro de la sala, fuera de ella pero no muy alejado y en la calle o lejos de la sala de tratamiento. Centraremos el procedimiento en explicarles qué tienen que hacer: *“Voy a pedirlos que focaliceis toda vuestra atención en mi voz. No prestes atención a otros sonidos, sólo a mi voz. Ahora voy a dar unos toques en la mesa, no importa el resto de sonidos. Si tu atención se descentra no pasa nada, trata de reconducirla al sonido de la mesa, ¿vale?”*.

Una vez el paciente lo ha entendido, debe medir la intensidad de su autofocalización atencional en una escala Likert de -3 a +3 y presentamos la técnica: *“Ahora centra tu atención en el sonido de fuera del despacho. Focalízate en él. Ahora vuelve a la mesa. Céntrate sólo en el sonido de la mesa. Ahora, vuelve a fuera, céntrate en que sonidos hay fuera. Ahora intenta atender a los dos sonidos por igual de forma profunda y simultánea. Trata de escucharlos a la vez.”* Los pacientes practicarán alternando su atención entre estos dos sonidos para trabajar la vigilancia atencional.

Entrenamiento en evaluación de sesgos de accesibilidad → El procedimiento de esta técnica es la siguiente: se presentarán en la pantalla del ordenador una serie de 6/7 palabras, de las cuales deberán ordenar los pacientes frases de 5 palabras, numerándolas del 1 al 5. Todas las frases serán diseñadas para ser ordenadas de dos formas, una positiva y otra negativa (por ejemplo: listo yo más soy tonto el). Se diseñarán una serie de 20 frases, que al final de la prueba se mostrarán en pantalla para hacer consciente al paciente de hacia dónde se dirige sus sesgos atencionales. Esta técnica aparecerá en la plataforma online para practicarla habitualmente, al igual que el resto.

7.3 Anexo III: Atención emocional II

Técnica de los cinco sentidos → Es una variante del Mindfulness propuesta por Ellen Hendriksen (2018) que busca identificar cinco estimulantes de sensaciones (cinco que podamos ver, cuatro que podamos oír, tres que podamos tocar, dos que podamos oler y uno que podamos comer) y que va dirigida a aquellas situaciones donde la ansiedad se dispare de forma significativa. Se puede repetir las veces que quiera hasta que consiga reducir la angustia.

Desayuno consciente → Esta técnica es una variante del estudio de Jean Kristeller (2013) que realizó con personas con compulsiones con la comida a través del programa MB-EAT donde pretendía usar la meditación en estos pacientes para mejorar la relación con la comida. Así mismo, se halló que esta práctica aumenta la actividad del córtex prefrontal. Esta práctica va dirigida al trabajar el aquí y el ahora, dejando en pausa el pasado y el futuro, y centrarse en una sola tarea durante un tiempo moderado. Durante el desayuno (o el momento de la comida que prefieran) tienen que centrar todos los sentidos en sentir como el peso del alimento llega a la boca, la textura, la forma, matices del sabor, etc. En un mundo donde vivimos sobre estimulados, esta tarea nos ayuda a parar de ser seres multitarea hacia la vivencia de un momento concreto.

7.4 Anexo IV: Etiquetado emocional

Emoción: Tristeza

Piensa en una situación en la que te hayas sentido triste. Piensa en qué pensarías o harías, o lo que crees que otras personas pensarían o harían en situaciones que les generan tristeza.

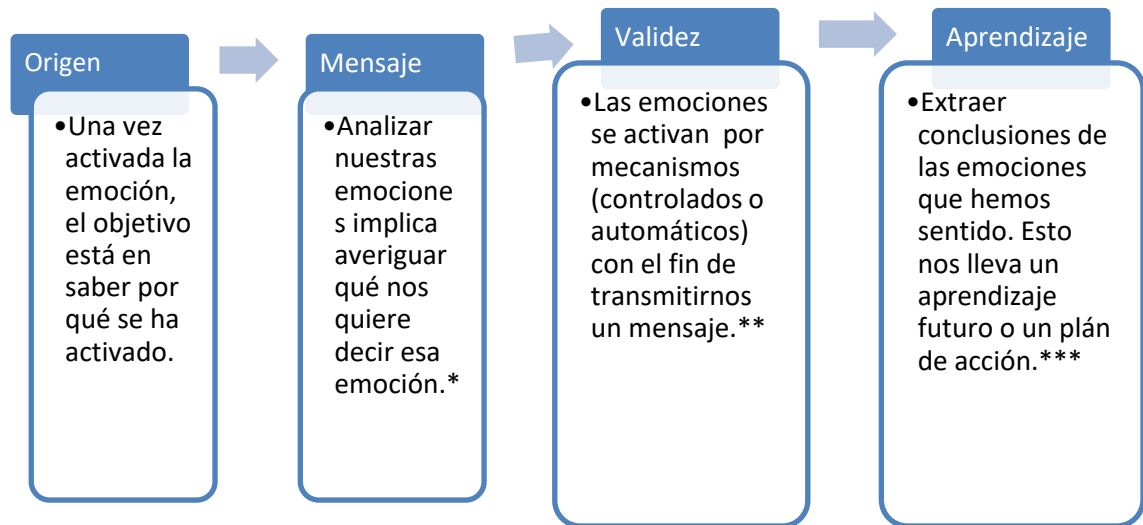
Cuando me pongo triste es frecuente que piense en.....; haga/no haga.....:

Ejemplo de preguntas:

- ¿Cuándo la sientes?, ¿En qué situaciones?, ¿Con alguien concreto?
- ¿Te permite conseguir tus metas y propósitos diarios?
- ¿Es una emoción pasajera o pasa contigo mucho tiempo?
- ¿Te gestiona la emoción o es al revés?
- Cuando aparece que haces, ¿la evitas o la vives?
- ¿Crees que hay emociones buenas y malas?
- ¿Hay algo que hayas hecho mal bajo su influencia?
- ¿En qué situaciones te conviene hacer una gestión más consciente y responsable de esa emoción?

Las tareas van a ir organizadas por distintos niveles de complejidad. El primer nivel va a ser un análisis de un fragmento de una película que represente una situación con carga emocional. En segundo lugar, haremos un listado de situaciones del pasado donde hayamos sentido emociones positivas y negativas. De todas ellas, seleccionaremos una que vayamos a trabajar. Representaremos la emoción en viñetas, dibujando de forma esquemáticas que sea necesario para representarla. Posteriormente, tendrán que escribir una frase sencilla que describa la situación debajo de cada viñeta. Por último, reflexionarán sobre la función que cumple cada función, y si es adecuada o no en esa situación.

7.5 Anexo V: Proceso de análisis emocional



* En situaciones más complejas como en acontecimientos traumáticos, esos cambios o situaciones nuevas generan estados emocionales con significados que suponen un cambio de visión de lo que antes considerábamos, un evento al que hay que procesar ya que atenta contra nuestros esquemas básicos del mundo.

** Para contrastar la situación, la persona debe decidir si la emoción es un mensaje válido o una falsa alarma. Para analizar la realidad, podemos usar estrategias como la búsqueda de la evidencia, la técnica del doble parámetro o la técnica de la tarta.

*** Por ejemplo, en medio de una discusión he insultado a mi hijo. Aprendizaje futuro: ante un comportamiento que considero inadecuado y el cual me ha generado una sensación de culpabilidad, sé que no debo volver a hacerlo. Plan de acción: la próxima vez voy a dejar la conversación hasta que me encuentre más tranquilo.

Preguntas para trabajar las creencias metacognitivas y metaemocionales de Wells (2009): *“Imaginémonos que estamos hablando de la tristeza: ¿notáis alguna otra emoción cuando estáis tristes? ¿Qué sensaciones físicas recordáis? ¿Y qué pensáis?, ¿alguna de estas cosas que comentáis, las relacionáis con alguna de las emociones vistas en la fase 3? Si es así, ¿por qué creéis que se produce esta relación? Y cuando la notáis, ¿qué hacéis?, ¿y cómo os sienta hacer eso?”. ¿Creéis que os preocupáis por cosas que la mayoría de personas no? (Gutiérrez et al., 2015, adaptado de Craske, Barlow y O’leary, 1992).*

7.6 Anexo VI: Experimento conductual

Caso: Marina tiene 46 años. Refiere que lleva toda su vida preocupándose por todo, que está agotada, triste y que siempre se pone nerviosa, pase lo que pase. Se define como una persona constantemente preocupada y con imposibilidad de controlarlo. Cuando me preocupo, no puedo pararlo.

Creencia a eliminar: “no controlo mi preocupación”

Pensamiento distorsionado: cuando me vienen las preocupaciones no puedo parar, aunque lo intente

Experimento conductual: posponer la preocupación. Solo vas a poder preocuparte por las tardes de 17:00-18:00.

Resultados: Marina dice que es difícil encontrar un momento al día para preocuparse. Se convence de que quizás no era tan importante esa preocupación si puede posponer la misma. Así eliminamos la idea de la peligrosidad de las preocupaciones.

Situaciones a trabajar:

1º Caso: Pedro tiene 65 años y está jubilado. Antes era profesor de química en un instituto público. En los últimos meses se siente muy cansado, triste, apático, desmotivado, con ganas de llorar constantemente. Dice que se siente así desde que se ha jubilado, refiriendo que se siente inútil, inservible para la sociedad, que no encuentra motivos para levantarse de la cama.

Creencia a eliminar:

Pensamiento distorsionado:

Experimento conductual:

Resultados:

2º Caso: Carmela tiene 30 años y tiene problemas de pareja. Siente que su pareja nunca le escucha, que ella es la que sólo discute y su pareja siempre se calla. Refiere que está harta de sentirse la mala en la pareja, que le está generando mucha ansiedad, que le cuesta dormir y que en las últimas semanas está medicándose con ansiolíticos y antidepresivos.

Creencia a eliminar:

Pensamiento distorsionado:

Experimento conductual:

Resultados:

7.7 Anexo VII: Estrategias específicas de regulación

Según la clasificación de Parkinson y Totterdell (1999), algunas de las estrategias de RE son las siguientes:

	Cognitivas	Conductuales
Distracción	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar pensar acerca del problema (supresión) • Pensar en algo agradable o en algo que ocupe nuestra atención 	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar el problema • Hacer algo agradable o algo que ocupe la atención
Ocupación o afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Reevaluación la situación • Pensar en cómo solucionar el problema 	<ul style="list-style-type: none"> • Desahogo emocional • Búsqueda de apoyo social • Hacer algo para solucionar el problema

Ejemplo de la reevaluación de una situación que ha generado malestar

Para reevaluar cognitivamente una escena visual negativa (Por ejemplo, una discusión con mi pareja en un restaurante) primero le pediremos al paciente que atienda selectivamente a aquellos aspectos de la escena para construir lo más realista posible la historia de reevaluación (por ejemplo, había un par de mesas ocupadas, era de noche y estaban encendidas todas las lámparas, los camareros eran muy educados y amables, la música era tenue, etc.). Estos detalles ayudan al paciente a reconciliar interpretaciones contradictorias de la escena (es decir, inhibir la interpretación negativa inicial emocional y generar uno más positivo).

Estrategias de pensamiento repetitivo negativo

Preocupación Cadena de pensamientos e imágenes cargadas de afecto negativo que están orientadas hacia peligros futuros que se conciben como incontrolables (Borkovec et al., 1983).

Rumiación Mayor tendencia a la rumiación predice elevados niveles de depresión y de ansiedad (McLaughlin y Nolen-Hoeksema, 2011). Muestran mayor tendencia a la necesidad de hablar constantemente acerca de lo que les ocurre, generando frustración a su alrededor.

Supresión: Afecto (aumenta la experiencia negativa y activa el SNA) → **Cognitivo** (peor funcionamiento de la memoria) → **Social** (peores relaciones interpersonales, incremento de la presión arterial)

Reevaluación: Afecto (aumenta la experiencia positiva y no tiene efectos sobre el SNA) → **Cognitivo** (mejora el rendimiento y no afecta a la memoria negativamente) → **Social** (no presenta consecuencias sociales negativas)

7.8 Anexo VIII: Situaciones de aproximación

Metas de aproximación → aquellas a las que dirigimos nuestra vida y en las que el objetivo principal es obtener o aprender algo, o aportar algo a los demás. Acercarnos a nuestras metas de aproximación nos genera emociones positivas de placer o alegría.

Metas de evitación → aquellas dirigidas a alejarnos o evitar situaciones, o resultados que no deseamos. Acercarnos a estas genera calma y alivio del malestar a corto plazo, y frustración, sufrimiento y empeoramiento de calidad de vida a largo plazo (Gutiérrez et al., 2015).

Vamos a trabajar dos ejemplos genéricos, y luego llevaremos a los pacientes a que busquen alguna situación donde hayan actuado de ambas maneras, y de qué forma llevar a cabo las metas de aproximación:

Ejemplo 1: La pareja

Es distinto si buscamos una pareja porque nos apetece compartir nuestra vida con alguien y formar una familia, y buscamos a alguien que encuadre con esos requisitos que pedimos en una pareja (meta de aproximación) mientras que si buscamos una pareja para no estar solos (meta de evitación).

Ejemplo 2: Cambio de residencia

Si nuestro objetivo de cambio de residencia viene determinado a que queremos iniciar una nueva vida en un sitio distinto, adquirir nuevas vivencias, nos referimos a metas de aproximación, mientras que si el cambio de residencia viene precedido por una huida de problemas, sería metas de evitación.

7.9 Anexo IX: Claves para trabajar la claridad mental

Secuencia de la comprensión emocional:

Identificar la emoción y las sensaciones físicas → Prestar atención a la reacción del cuerpo y al contexto → Aprender a reconocer los sentimientos → Vivencia experiencial: una vez sepas las emociones, señala en que parte del cuerpo que ocurre → Aceptar la emoción → Expresión emocional adecuada.

Claves para trabajarla:

- ❖ El valor social de las emociones: Asumir que tenemos el derecho de sentir cualquier emoción y que no hay nada malo en ello.
- ❖ Expresión de las emociones -
- ❖ No juzgar las emociones y toma de decisiones: Ninguna emoción es positiva o negativa, están ahí cumpliendo una función que ya hemos visto. Ante las preocupaciones es importante elaborar preguntas acerca de ella y evaluar el mejor camino de afrontamiento.
- ❖ Hacer preguntas correctas y concretas: ¿Qué estoy haciendo de forma correcta o incorrecta, y debo seguir haciéndolo?.
- ❖ Empezar por tareas pequeñas.
- ❖ Ser consciente de las emociones de los demás.

Técnica del riesgo → Describiremos detalladamente la situación a la que vamos a hacer referencia, pidiéndoles a los pacientes a que expresen sus emociones ante esa situación, sus temores, miedos, y cómo actuarían. Podemos utilizar cualquier material que les sirva como forma de expresión a los pacientes.

Lluvia de ideas emocional → En la cual dos personas de forma voluntaria actuarán, una representando a una emoción y la otra persona será la mente o la cabeza de una persona, que tiene que discutir con esa emoción hasta que encuentren un punto común.

7.10 Anexo X: Cómo cultivar la resiliencia

Cómo cultivar la resiliencia:

Aceptar la realidad (sesión 7), **ejercitar el círculo social y familiar** (a nivel familiar, personal, relaciones interpersonales, amistad, etc.), **Autoconocimiento** (Conocernos mejor a nosotros mismos nos ayuda a solucionar mejor los problemas, ya que en los momentos que peor estemos, sabremos de qué forma sentirnos mejor, como trabajar nuestras fortalezas, nuestros puntos débiles y qué estrategias usar), **hábitos de autocuidado** (realizar hábitos que nos genere tranquilidad y donde liberemos endorfinas, como puede ser una ducha tranquila, escuchar música, hacer deporte, hacerse un automasaje, etc.) y **aprender de las situaciones del pasado**.

Maneras de trabajar la resiliencia

Técnica del día ideal → Consiste en describir como sería ese día ideal, desde la mañana hasta que se va a dormir, matizando cualquier mínimo detalle y todas aquellas cosas que le gustarían que sucedieran y que le generaban bienestar. De ese día ideal, identificaremos tres o cuatro sucesos y describiremos cómo serían para la semana siguiente: qué vas a hacer, cómo, cuándo, con quién, e ir anotándolo.

Práctica del optimismo → Dotar de ideas esperanzadoras, contrarias al derrotismo. Por ejemplo, ante una situación que podría pasarnos a cualquiera como la pérdida de un empleo, podrías pensar “nunca me recuperaré de esto” cuando un mensaje alternativo que nos llena de esperanza podría ser “aunque es un momento muy complicado, quizás es una oportunidad de replantearme mi carrera profesional y de ampliar horizontes”.

Reescritura de la historia → Reformular conflictos pasados como una oportunidad de crecimiento, repasando aspectos de la vida y concretar qué cosas podría cambiar para sentirse más satisfecho. En este caso, el paciente debe pensar en un conflicto o situación que les ha generado malestar y pensamientos negativos.